

---

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Competências clínicas e de investigação para um nascimento positivo**

Cláudia Catarina Granjo Agostinho

Orientador(es) | Margarida Sim-Sim

Évora 2020

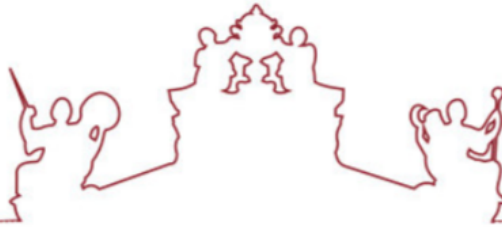
---

---

---

---

---



---

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Competências clínicas e de investigação para um nascimento positivo**

Cláudia Catarina Granjo Agostinho

Orientador(es) | Margarida Sim-Sim

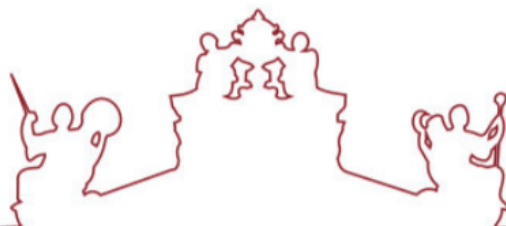
Évora 2020

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

- Presidente | Otilia Zangão (Universidade de Évora)
- Vogal | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Margarida Sim-Sim (Universidade de Évora)



“Quando assumimos a responsabilidade de escolher entre alternativas, com base naquilo que acreditamos ser correto, optamos pela qualidade da sociedade que pretendemos para nós e para os nossos filhos.” (*in* Parto Ativo)

Sheila Kitzinger (1929-2015)



## AGRADECIMENTOS

O presente relatório conceder-me-á o grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Grau esse, que ao me preparar para uma nova área profissional com aprendizagens relevantes, reflete não só o meu esforço pessoal e perseverança, como também a generosidade, o apoio e o genuíno afeto daqueles que me rodearam nesta jornada.

Desta forma, gostaria de distinguir o meu parceiro de todos os dias, que me substituiu incessantemente nos cuidados aos nossos filhos, quotidianamente inadiáveis, colocando a sua própria liberdade de lado, facilitando a minha disponibilidade laboral e académica. Também aos meus filhos, na medida da sua compreensão ainda infantil, exprimo o meu profundo apreço, pela sua capacidade de resiliência. Foram na verdade marcantes as suas expressões, tanto de alegria como de conformação pela chegada ou ausência da mãe. Lamento os momentos menos tolerantes ou as exigências, por vezes elevadas, para evitar a instalação da desordem. Embora sem possibilidade de evitar, pudera eu contar agora também, como criança e filho, a vida que perdemos durante este percurso.

Aos meus pais, por nos terem ajudado na gestão do tempo e mais do que isso, por me terem dado a educação, noção de firmeza e dedicação necessários para nunca desistir de alcançar os meus objetivos, independentemente dos seus desafios.

O meu reconhecimento também aos colegas de trabalho e chefia, pelas trocas de turnos para que conseguisse dar resposta às exigências do curso e pela anuência da redução de horário para conseguir representar os papéis de mãe, profissional e estudante. A todos os supervisores clínicos, sem exceção, agradeço pela dedicação demonstrada durante o tempo de estágio. Sinto-me também grata, pela forma amorosa e calorosa como os casais me trataram e permitiram que com eles fizesse o melhor para que alcançassem um Nascer (mais) Positivo.

Agradeço profundamente à Professora Margarida Sim-Sim por me acompanhar durante todo este processo. Com a determinação e presença, que lhe é característica, conseguimos alcançar os “nossos” objetivos. Porque os meus objetivos foram sempre os Seus, também.

A si, Mãe Natureza, sou-lhe grata, por tudo o que me foi acontecendo, de bom e menos bom, pois cada um contribuiu de alguma forma para o meu crescimento profissional, académico e pessoal. Sou-lhe grata também pela sapiência com que me colocou sempre junto e com os melhores!

Grata a todos!

## RESUMO

**TÍTULO:** Competências clínicas e de investigação para um nascimento positivo

**Introdução.** A aquisição do grau de mestre concorre para o exercício profissional autónomo, fundamentado na evidência científica, que aplicado de forma individualizada permite ganhos em saúde materna. **Objetivo.** Descrever a experiência dos vários contextos de aprendizagem através das oportunidades clínicas e de investigação para a aquisição de competências. **Metodologia.** Descrição dos campos de estágio, análise das experiências clínicas e de investigação empírica sobre as expectativas e experiências do casal, face ao momento de nascimento. A amostra da vertente de investigação apresenta-se através de estatísticas descritivas. **Resultados.** A aquisição de competências clínicas teve balanço positivo, com mais/melhor conhecimento e desenvolvimento de competências. Da investigação resultou, que a aplicação do Plano de Parto, definido pela mulher/casal constitui medida optimizadora da experiência de nascimento. **Conclusões.** Em simultâneo com aquisição de competências, contribuiu-se para desocultar o fenómeno e promover experiências positivas no casal.

**Descritores (DeCS).** Parto Obstétrico; Parto Normal; Planeamento Antecipado de Cuidados

## ABSTRACT

**TITLE:** Clinical and research skills for a positive birth

**Background.** The purpose in graduating in a nursing master contributes to empowered nursing practice, based in scientific evidence, which when applied in an individualized way allows gains in maternity care. **Objective.** To examine the experiences in the different learning environments experienced through clinic nursing practice and research opportunities to competences development. **Methods.** Describing the internship places and to analyze clinical experiences and empirical research about parents' experiences and expectations on the childbirth. This investigation is an exploratory descriptive study, using a qualitative approach. **Results.** The clinical competences acquisition had a great positive balance, with greater expertise and competences development. This study evidenced that the birth plan, designed by the mother or both parents, is an optimizing measure of the birth experience. **Conclusion.** Simultaneously with clinical competences development, the birth plan contributes with beneficial effects in regard of fear and concerns about the childbirth and promotes positive experiences between the couple.

**Descriptors (DeCS).** Delivery, Obstetric; Natural Childbirth; Advance Care Planning

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ANÁLISE DE CONTEXTO .....</b>	<b>13</b>
1.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	16
1.1.1 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios (UCSP de 7 Rios), .....	16
1.1.2 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos da UCSP de 7 Rios .....	16
1.2 CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS.....	17
1.2.1 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Hospital da CUF das Descobertas.....	18
1.2.2 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Hospital da CUF das Descobertas.....	18
1.2.3 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Bloco de Partos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário.....	19
1.2.4 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Bloco de Partos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário.....	19
1.2.5 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida .....	20
1.2.6 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Bloco de Partos no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.....	21
1.2.7 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), em Lisboa.....	21
1.2.8 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Bloco de Partos na MAC, em Lisboa.....	22
1.2.9 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Hospital Garcia de Orta, Entidade Pública Empresarial (HGO-EPE).....	22
1.2.10 Caraterização dos Recursos Materiais e HGO-E.P.E. ....	23
1.3 FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA.....	23
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
2.1 OBJETIVOS.....	29
2.1.1 Desenvolver competências instrumentais e relacionais, na vertente clínica.....	29
2.1.2 Desenvolver competências de investigação relativas à temática.....	30
2.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	30
2.2.1 Relativa à vertente clínica.....	30
2.2.2 Relativa à temática.....	34
2.3 POPULAÇÃO-ALVO.....	36
2.3.1 Relativa à vertente clínica.....	36
2.3.2 Relativa à temática.....	36
2.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
2.4.1 Relativa à vertente clínica.....	37
2.4.2 Relativa à temática.....	41
<b>3. EXECUÇÃO .....</b>	<b>47</b>
3.1 AÇÕES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE SETE RIOS.....	47
3.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL DA CUF DAS DESCOBERTAS.....	49



3.3	AÇÕES DESENVOLVIDAS NO BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO.....	50
3.4	AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ ALMEIDA.....	50
3.5	AÇÕES DESENVOLVIDAS NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA .....	51
3.6	AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.....	51
4.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO .....	56
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
	APÊNDICES .....	67
	APÊNDICE A – Proposta de Projeto de Estágio de Natureza Profissional e respetivo comprovativo de submissão de projetos.....	68
	APÊNDICE B – Pedido de Avaliação de Projeto ao Centro de Investigação em Ciências e Tecnologia da Saúde e respetivo parecer positivo.....	74
	APÊNDICE C – Resultados na plataforma Rayyan QCRI.....	81
	APÊNDICE D – Jornais de Aprendizagem.....	82
	1º JORNAL - Depressão. Uma doença transgeracional.....	82
	2º JORNAL - Interrupção Voluntária da Gravidez.....	84
	3º JORNAL - Depressão Pós-Parto.....	86
	4º JORNAL - “Nascer” nos dias de hoje .....	88
	5º JORNAL - A mulher no “comando” do parto!.....	92
	6º JORNAL - Mudar as atitudes dos outros através das nossas exigências!.....	94
	7º JORNAL- Uma “bela” forma de parir! .....	98
	8º JORNAL - Fazer ou não o toque vaginal para controlo da evolução do Trabalho de Parto! .....	99
	9º JORNAL - Indução de Trabalho de Parto – atitude interventiva ou expectante?.....	102
	10º JORNAL - Trabalho de Parto .....	109
	11ª JORNAL - “Tin ” Hour .....	113
	12º JORNAL - Plano de Parto.....	117
	13ª JORNAL - Título: 40º Parto... O Parto que o casal quis ter e o que tanto pedi para fazer .....	121
	14ª JORNAL - Orientação positiva vs. Aquisição de Competências .....	126
	APÊNDICE E – Certificado de trabalhos realizados no âmbito do V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações sociais (CLBSERS).....	129
	APÊNDICE F – Certificado de participação na 2ª Edição do Health Insights.....	131
	APÊNDICE G – Documento enviado para candidatura ao Prémio Nascer Positivo, Poster (Imagem e PowerPoint) e respetivo certificado de realização de poster e de participação de workshop's .....	133
	APÊNDICE H – Consentimento Livre e esclarecido e instrumentos de recolha de dados de grávidas/puérperas e respetivos companheiros.....	140
	APÊNDICE I – Comprovativo de pedido de autorização à autora original do Childbirth Expectation Questionnaire.....	150
	APÊNDICE J - Tradução e retrotradução do CEQ.....	152
	APÊNDICE L – Resultados obtidos em cada contexto clínico .....	170
	APÊNDICE M – Resultados da análise dos dados do Instrumento de recolha de dados.....	190

<i>APÊNDICE N – Folha de Informações de Passagem de Tumo</i> .....	207
<i>APÊNDICE O – Análise de Autoavaliação na Avaliação Intermédia na MAC</i> .....	209

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Descrição do campo clínico e respetiva unidade de saúde, semanas de contacto e supervisor.....	15
Figura 2 Nuvem de palavras conforme seleção de literatura em base de dados .....	26
Figura 3 Diagrama prisma do primeiro exercício de pesquisa.....	27
Figura 4 <i>Template</i> de protocolo em desenvolvimento .....	28
Figura 5 Responsáveis pelo poster apresentando no evento Nascer Positivo. ....	32
Figura 6 Participação na atribuição de prémio.....	33
Figura 7 Objetivos e respetivas atividades de alcance.....	35
Figura 8 Dados do campo clínico, respetiva unidade de saúde, população-alvo e área geográfica de abrangência. ....	36
Figura 9 Número de partos realizados em 2017, nos diferentes contextos (INE, 2019). ....	37
Figura 10 Tipo de partos realizados na área metropolitana de Lisboa (INE, 2019). ....	38
Figura 11 Evolução da taxa de cesarianas de 2010-2019, no SNS (SNS, 2018a). ....	38
Figura 12 Distribuição de partos por grupos etários no ano de 2017 (em percentagem %) (INE, 2019). ....	39
Figura 13 Número de mortes maternas registadas no ano de 2017 (INE, 2019). ....	39
Figura 14 Resultados obtidos da prática clínica.....	40
Figura 15 Caracterização da amostra quanto à situação de vida do casal (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	41
Figura 16 Caracterização da amostra - estado civil (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	41
Figura 17 Situação laboral (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	41
Figura 18 Caracterização da amostra - habilitações literárias (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	42
Figura 19 Tipo de parto que a grávida deseja ter (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	42
Figura 20 Filho do casal – grávidas (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	42
Figura 21 Importância da presença do pai (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	42
Figura 22 Frequência na classe pré-natal (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	43
Figura 23 Conhecimento do plano de parto (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	43
Figura 24 Fontes de informação sobre o plano de parto (Fonte: Dados da investigação atual). ....	43
Figura 25 1º filho do casal – puerpério (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	44
Figura 26 Frequência do classe pré-natal – puerpério (Fonte: Dados da investigação atual). ....	44
Figura 27 Importância da presença do pai durante o TP e parto (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	45
Figura 28 Tipo de parto que as puérperas tiveram (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	45
Figura 29 Conhecimento do plano de parto pelas puérperas (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	45
Figura 30 Entrega do plano de parto, por parte das puérperas (%) (Fonte: Dados da investigação atual). ....	46
Figura 31 Avaliação das atividades que visam o alcance dos objetivos .....	55
Figura 33 Intenção da educação e assistência em obstetrícia (WHO, 2019).....	57

## INTRODUÇÃO

As competências para o exercício em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), obtém-se em Portugal através da formação em instituições do ensino superior. A Universidade de Évora (UÉ) desenvolveu o curso de mestrado neste âmbito, tendo por base documentos nacionais (i.e., Despacho n.º 11051/2018, de 26 de novembro), concordantes com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (i.e., Diretiva n.º 89/594/CEE, de 23 de novembro) e internacionais (i.e., *International Confederation of Midwives* e *Nursing and Midwives Council*).

A unidade curricular anual do segundo ano de formação, decorreu em vários contextos, nomeadamente, bloco de partos, urgências, puerpério, obstetrícia e ginecologia com patologia, consultas de acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal e visita domiciliária. Embora cada campo clínico tivesse as suas especificidades, exigências, valores, missão e objetivos, em sinergia possibilitaram o enriquecimento pessoal e profissional. O investimento pessoal, o aprofundamento das matérias e o treino, enquadrados nos campos de estágio, orientou para saberes para atingir o **objetivo geral**: alcançar as competências específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG). Por outro lado, a aquisição de competências comuns do Especialista (i.e., Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (i.e., Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio), foi um marco orientador.

O presente relatório reflete o processo de desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional fundamentado em termos técnicos e científicos. Tem o intuito de apresentar o desenvolvimento de aprendizagem da estudante ancorado na prática clínica e na vertente de investigação. A prática clínica é referente aos campos que encerram os conteúdos definidos em documentos nacionais e internacionais e a vertente de investigação reflete o estudo de uma temática reportada às necessidades da mulher/família. Em ambos os processos estão implícitos a análise e reflexão de conteúdos nesta área da especialização. Também, neste documento, descrevem-se as experiências clínicas nos campos de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), assim como os ganhos na vertente de investigação. O enquadramento destes objetivos residiu, na vertente da experiência clínica supervisionada, tanto no exercício e treino técnico, como na tomada de decisão, que orientam para o exercício do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) baseado na evidência científica. Ainda neste enquadramento de aprendizagem, a opção na vertente de investigação orientou-se para o



estudo de uma visão positiva do parto, a partir da perspectiva do casal, num paradigma pós-positivista, em abordagem quantitativa, sugerindo ser interessante, na medida das orientações do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Na temática investigada, perspetivou-se a descrição dos casais que enfrentavam a experiência de maternidade, assim como os contributos sobre a elaboração/rejeição do Plano de Parto (PP). De facto, a experiência de nascimento influencia restantes gravidezes e porventura contribui para a mudança do panorama atual da baixa natalidade (i.e., 8,5% taxa bruta em 2018) (PORDATA, 2018c). O estudo deste fenómeno concorre ainda para as orientações clínicas da Direção Geral de Saúde (DGS, 2015). No respeito pelas expectativas relacionadas com o TP capacitam-se as figuras parentais para a tomada de decisão, alcançando-se simultaneamente melhor padrão de qualidade dos cuidados (OE, 2018).

Os **objetivos específicos** orientam as atividades planeadas, as quais se enraízam nas unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (i.e, Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio) que correspondem também aos *outcomes* ou resultados esperados para o desenvolvimento e aquisição do grau académico. Da mesma forma, espelham as diretrizes de instituições/entidades/figuras representativas em saúde, como a OMS (WHO, 2018b), o programa *Mother-Friendly Childbirth Initiative* (MFCI) (CIMS, 2015), a *International Confederation of Midwives* (ICM, 2014b), *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2014) e a OE (OE, 2015).

O presente Relatório Final resulta do desenvolvimento do disposto no projeto submetido aos Serviços Académicos (GD/44144/2018) (Apêndice A) e à Comissão Executiva de acompanhamento, que deu parecer favorável à sua realização (Apêndice B). É composto pelas várias secções conforme orientação da Comissão de Curso do Mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (i.e., introdução, análise do contexto, metodologia, execução, análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências e considerações finais), redigido conforme as normas adaptadas para trabalhos académicos da *American Psychological Association* (APA, 2019) e de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.



## 1. ANÁLISE DE CONTEXTO

Nos anos 60 e 70 do século XX, Portugal encontrava-se, nos países da Europa Ocidental, com os piores indicadores materno-infantis. Com a melhoria das condições sanitárias nos agregados populacionais, a escolarização, a inovação tecnológica, a capacitação dos cidadãos através da informação, a promoção da saúde e a prevenção da doença, reverteu-se a situação (SNS, 2018b). Benefícios relevantes para a população surgem então a partir de 1979, com a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais. Garantiu-se a partir desta altura, embora com melhorias a desenvolver, o acesso a todos os cidadãos qualquer que fosse a condição económica e social, estrangeiros, apátridas e refugiados políticos. Um marco fundamental terá sido o nascimento em instituições hospitalares. De facto, observa-se nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (i.e., Partos segundo a sua natureza, o local, a assistência e a vitalidade, por distritos de residência da parturiente) a reversão do fenómeno do nascimento, em 1973, a partir do qual passa a haver mais partos em meio hospitalar (90.261) do que em casa (83.436).

Os indicadores de Portugal são atualmente bons, se se tiver em conta a média na região europeia para a mortalidade infantil (i.e., mortalidade infantil 3.2‰, em 2018) (PORDATA, 2018b) e mesmo dos melhores do mundo (SNS, 2018b). No entanto, no que diz respeito à mortalidade materna, os índices não são tão favoráveis, (i.e., 10,4‰<sub>000</sub>, em 2017) (PORDATA, 2017).

Fazendo uma análise da população portuguesa, destaca-se que de entre cerca de 10.3 milhões de habitantes há menos mulheres em idade fértil (15-49 anos), que individualmente têm menos filhos e iniciam a maternidade mais tarde, embora quem opte pela maternidade venha a ter maior número de descendentes (SNS, 2018b). Embora a tendência de maior número de filhos se registe desde 2012, o índice sintético de fecundidade (ISF) atual de 1,37 crianças por mulher em idade fértil, não assegura a substituição de gerações (DGS, 2018). De facto, desde 1982 que não há substituição de gerações em Portugal (PORDATA, 2018a)

As metas da “Saúde 2020” objetivam a melhoria da saúde e bem-estar das populações, reduzindo-se a desigualdade e fortalecendo-se a saúde pública para que os serviços sejam sustentáveis e centrados nas pessoas. Nesta altura, os CSP, continuam a ser o pilar dos sistemas de saúde pela proximidade com o cidadão, embora seja premente uma mudança de paradigma, no qual o utente se assume como agente e gestor da sua saúde e que a promoção da saúde e a

prevenção da doença sejam uma preocupação de todos. Passando também pela célere articulação entre os CSP e os CSD, planeando-se simultaneamente um plano de desenvolvimento dos cuidados continuados a cidadãos em situação de dependência (i.e., Despacho n.º 199/2016, de 7 de janeiro). Os CSD consistem no internamento hospitalar, atos em ambulatório especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação abrangendo ainda, as consultas externas de especialidade. O encaminhamento para estes serviços está sujeito à observação prévia e decisão dos serviços de CSP, exceto em casos de urgência (i.e., Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).

Embora cada hospital abranja a população de uma determinada área, desde maio de 2016, com a implementação do princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS, procurou-se reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à prestação de cuidados (i.e., Despacho n.º 5911/2016, de 3 de maio). O Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que substituiu a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, veio definir os termos que devem obedecer a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e criar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS). O sistema regulamentado pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, tem em vista aumentar a equidade e circulação livre e informada dos utentes quando procuram os prestadores de cuidados de saúde que melhor possam corresponder às suas necessidades. Sublinhe-se aqui, o acesso possível às instituições que melhor espelham as opções de nascimento para cada casal. De facto, através da plataforma online é possível ver, até, o grau de congestionamento das urgências de Obstetrícia/Ginecologia das instituições do país (i.e., <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes>). Ressalva-se desta portaria o Artigo 12º que descreve as regras específicas de funcionamento do SIGA Urgência, nomeadamente no que concerne à liberdade do utente poder optar por qualquer Serviço de Urgência da Rede no SNS, independentemente da sua área geográfica de residência. Também ao SNS podem recorrer os cidadãos europeus, dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e restantes imigrantes, estando tal direito regulamentado no Despacho n.º 25360/2001, de 12 de dezembro. Com esta liberdade na utilização dos serviços públicos percebe-se a multiculturalidade a quem se presta cuidados, ficando evidente a necessidade de se adotar estratégias de integração e aceitação das diferentes culturas, condições económicas e sociais destes cidadãos. Situemo-nos aqui, nestas vantagens e no processo multicultural que constitui o nascimento.

De facto, considerando a diversidade cultural que o nascimento encerra para os vários utentes do SNS, assim se sublinha a importância da formação e da postura de abertura dos

profissionais, nomeadamente os EESMO, que em particular lidam com a multiculturalidade do nascer.

Após a descrição do panorama geral da saúde em Portugal, a secção seguinte contemplará a análise de cada contexto onde decorreu o estágio (Figura 1), caracterizando os espaços clínicos no que concerne a abrangência, recursos materiais e humanos. Será interessante conhecer-se a forma como se conjugam as instituições de saúde, *in loco*, assim como a sua forma de trabalhar e exigências dos utentes da área de abrangência, e a quem a elas recorre, em busca de respostas às suas necessidades individuais. No enquadramento deste envolvente, fundamenta-se também, através de revisão temática da literatura, a opção por um Nascer Positivo.

	CAMPO CLÍNICO	UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇO	SEMANAS	SUPERV.	DATA
CSP	CENTRO DE SAÚDE	UCSP 7 Rios	Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva	6	EESMO: AMFSCV	17.09.2018 a 26.10.2018
CSD	PUERPÉRIO	Hospital CUF das Descobertas	Puerpério	6	EESMO: RSBM	11.03.2019 a 28.04.2019
	BLOCO DE PARTOS I	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo	Urgência Obstétrica e Ginecológica	6	EESMO: ACQ	29.10.2018 a 07.12.2108
	BLOCO DE PARTOS II	Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida	Bloco de Partos	4	EESMO: RSNT	11.02.2019 a 10.03.2019
	BLOCO DE PARTOS III	Maternidade Alfredo da Costa	Urgência Obstétrica e Ginecológica	8	EESMO: CACCS	30-04.2019 a 28.06.2019
	INVESTIGAÇÃO GRÁVIDAS / GINECOLOGIA	Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	Internamento de Grávidas e Ginecologia	6	EESMO's : LMSM e SECP	10.12.2018 a 01.02.2019

**Figura 1** Descrição do campo clínico e respetiva unidade de saúde, semanas de contacto e supervisor.



## 1.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP são o primeiro nível de acesso do cidadão. No nosso país, desde algum tempo, a DGS tem privilegiado normas e orientações para o acompanhamento da mulher/família durante o ciclo gravídico-puerperal. Neste sentido se descreve o enquadramento onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional neste âmbito.

### 1.1.1 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios (UCSP de 7 Rios),

O Estágio de Natureza Profissional teve início na UCSP de 7 Rios. A unidade pertence à Administração Regional de Saúde Lisboa-Norte e por sua vez, à Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) que compõe o Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa-Norte (ACSLN), resultante da reorganização de 2012 (i.e., Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro). A reconfiguração teve como objetivo a melhoria da governação dos CSP. Através da redução do número de intermediários, promoveu-se a qualidade na articulação e coordenação de gestão entre a Administração Regional de Saúde (ARS) e os respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). A sua área de influência corresponde às freguesias do concelho de Lisboa, nomeadamente, Alvalade, Avenidas Novas, Campolide, Carnide, Lumiar, São Domingos de Benfica e Santa Clara. A UCSP de 7 rios dá resposta às necessidades de 73.302 utentes, estando 59.594 inscritos, dos quais 17.456 são mulheres em período de idade fértil (15-49 anos) (SNS, 2019).

### 1.1.2 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos da UCSP de 7 Rios

A dar resposta às necessidades em Saúde da Mulher, das 8h-20h, horário de funcionamento da instituição, existem três gabinetes, com duas EESMO e uma generalista que utilizam o método individual de trabalho (Pinheiro, 1994). É perceptível a dificuldade na resposta às necessidades das utentes face ao número de enfermeiros. Integram em equipa, de acordo com a necessidade dos casos, Psicóloga, Higienista Oral, Assistente Social e Médicos de outras áreas de Especialidade. Nesta unidade, além da oferta padrão que ocorre na maioria dos Centros de Saúde, na área da Saúde da Mulher realizam-se consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), as quais incluem a Saúde Materna (SM), Planeamento Familiar (PF) e Rastreio do Cancro do colo do útero e mama, enquadradas na prioridade nacional do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) da Direção Geral de Saúde (DGS, 2008). Como o próprio nome indica

nestas unidades prestam-se cuidados personalizados aos utentes com o garante da acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos (i.e., Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro). As áreas de intervenção da Saúde da Mulher necessitam e obrigam a uma interligação com outros programas como a Saúde Infantil, de Doenças Oncológicas, assim como com um programa desenvolvido nesta unidade, o APARECE, criado em 1999 pelo Ministério da Saúde.

A plataforma informática utilizada para registo das práticas dos enfermeiros, baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é a versão 2.5.0 do SClinico – CSP, cuja atualização foi feita em meados de 2017.

## 1.2 CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS

Os serviços de saúde que têm como objetivo garantir a prestação de cuidados de saúde como consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamentos e serviços de urgência, à população de determinada área geográfica, constituem os CSD.

Existem indicadores de qualidade dos cuidados obstétricos, nomeadamente as taxas de cesariana (CST) e de episiotomia. Na sequência da criação da Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas através do Despacho n.º 3482/2013, publicado em Diário da República a 5 de março de 2013, a Portaria nº 310/2016, de 12 de dezembro publicado em Diário da República n.º 236/2016, emitiu normas e orientações clínicas neste âmbito. A atribuição de incentivos financeiros aos hospitais que promovam cuidados no sentido de reduzir as taxas de cesariana foi revista, organizando-se um conjunto de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde intraparto, assim como através do alargamento da divulgação das vantagens do parto normal, às grávidas e profissionais de saúde. No mesmo sentido a OE, com o Projeto Maternidade com Qualidade procurou influenciar os vários indicadores da prática clínica, dos quais se destaca a diminuição das taxas de cesariana para <2% e de episiotomia para <10% (OE, 2013).

A descrição que se segue diz respeito a instituições com diferentes características, nomeadamente privadas, outras estatais, destacando-se a que presta cuidados apenas na área da especialidade, porventura a mais conhecida do país.

### 1.2.1 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Hospital da CUF das Descobertas

O Hospital da Cuf das Descobertas trouxe, em 2001, uma nova configuração da saúde privada em Portugal, oferecendo à população serviços de saúde altamente diferenciados. Na área da Ginecologia e Obstetrícia dispõem, permanentemente, de uma equipa, num serviço em funcionamento 24h por dia. A Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia (UFON) engloba, não só o Atendimento Permanente de Ginecologia e Obstetrícia, como a sala de partos e o internamento de obstetrícia, puerpério e neonatologia. Cerca de 2500 partos ocorrem em cada ano. Dispõem ainda de um serviço especializado de apoio às grávidas nos períodos pré e pós-parto realizando-se cursos de Preparação para o Parto, consultas de enfermagem (presencial ou via telefónica) e ainda, de forma gratuita, uma Visita Domiciliária (VD) à primigesta, nos primeiros dias pós-parto.

### 1.2.2 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Hospital da CUF das Descobertas

Neste hospital a área do puerpério está repartida por dois pisos. No Piso 2 existe a UFON, com três salas de Bloco de Partos, um recobro (com cinco vagas), 11 quartos (dos quais um é duplo) e a Neonatologia com sete vagas, que compõe a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (RN) (UCERN). Cada quarto individual dispõe do material necessário aos cuidados de rotina à parturiente e RN. Situações mais urgentes do RN exigem a deslocação para o Berçário, equipado com recursos para reanimação. Já a puérpera em situação de urgência é encaminhada para a Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI). No Piso 3 encontra-se o internamento geral, com o Puerpério e cirurgias várias, dando-se prioridade às cirurgias do foro ginecológico.

Para compor a equipa existem 15 EESMO, três Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) e 28 enfermeiros generalistas. A meio horário dois EESMO e 12 enfermeiros, dos quais são ESIP e generalistas. O método individual de trabalho é o utilizado nas práticas diárias de cuidados de saúde à grávida/puérpera e RN (Pinheiro, 1994). A restante equipa de médicos, auxiliares de ação médica e psicólogos respeita o normal *roullement* de funcionamento, assim como o apoio em situações extraordinárias dos utentes. Os registos dos cuidados da equipa de saúde são realizados num programa da *Glinnt*, Gestão Hospital, cuja linguagem segue a CIPE®.



### 1.2.3 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Bloco de Partos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário

A 29 de outubro de 2018, ocorreu o primeiro contacto com o Bloco de Partos, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, que integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo. A sua área de influência direta corresponde aos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Além das várias valências, o Centro Hospitalar Barreiro/Montijo incorpora a Maternidade onde são cumpridas as dez medidas definidas pela OMS e pela *United Nations Children's Fund* (UNICEF), para ser considerado um “Hospital Amigo dos Bebés”, acreditado desde 2012, cujos efeitos/resultados obtidos permitiram a sua renovação no corrente ano. Neste hospital procura-se respeitar os direitos das mães e filhos, assim como a satisfação das suas necessidades e expectativas. Para tal, implementaram-se os indicadores de evidência e medida do Projeto Maternidade com Qualidade, em janeiro de 2014 (i.e., Hidratação / Ingesta em Trabalho de Parto (TP), Estímulo a posições não supinas durante o TP, Episiotomias / a utilização na prática clínica, Amamentação / 1ª hora após o parto e no Alívio da dor / medidas não farmacológicas no TP e parto) (OE, 2013).

### 1.2.4 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Bloco de Partos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário

Este serviço funciona com a equipa médica, 22 EESMO e uma generalista, entre outros contratos a tempo parcial. Em 2018 realizaram-se nesta unidade, 1513 partos, dos quais 435 foram cesarianas (28,75%) (SNS, 2018a). Registe-se a preocupação da OMS, da DGS e da OE em diminuir o número de cesarianas, face aos dados exigidos pela Euro-peristat (Euro-Peristat, 2018). A metodologia de trabalho aproxima-se da *One-To-One* (Page, 2003) e os registos são realizados a partir da plataforma SClinico aplicando a taxonomia CIPE®.

O bloco de partos é composto por nove quartos individuais onde se desenvolve todo o TP, privilegiando-se a vigilância e a promoção do bem-estar materno-fetal através de monitorização cardiotocográfica (CTG). Existem, também, dois blocos de cirurgia onde se realizam as cesarianas e outras cirurgias ginecológicas de ambulatório. A admissão das mulheres é feita no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, provenientes do exterior e/ou marcação para Indução de Trabalho de Parto (ITP) ou cesariana eletiva. Dão a possibilidade à mulher de permanecer sempre acompanhada, por uma pessoa significativa, durante o seu internamento no serviço.

Os cuidados ao RN são realizados junto à mãe, promovendo-se o vínculo da maternidade/parentalidade e incentivando-se o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), privilegiando-se sempre a vontade da parturiente.

O serviço, na assistência à parturiente, tem medidas que respondem às recomendações da OMS (WHO, 1997, 2018b). Durante a sua permanência no serviço pode ingerir líquidos claros, dispõe de medidas não farmacológicas de alívio da dor (musicoterapia, hidroterapia, massagem, Yoga e bola de Pilates), analgesia epidural, posição não supina no TP e Parto, episiotomia eletiva, amamentação e promoção do contacto pele-a-pele na 1ª hora de vida. Ao RN é colocada uma pulseira de identificação codificada e outra de segurança anti-rapto (eletrónica) com alarme e sistema de encerramento automático das portas de acesso, sem prejuízo da salvaguarda das condições de segurança exigidas em situações de sinistro ou catástrofe, que só será removida no momento da alta, fazendo-se cumprir o despacho n.º 20730/2008, de 7 de agosto.

Além das mencionadas, a Maternidade dispõe de várias valências como o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e Recuperação Pós-Parto, o Cantinho da Amamentação, a realização de Rastreios (Rastreio Auditivo Neonatal Universal, Rastreio do olho vermelho no recém-nascido e de cardiopatias congénitas críticas por oximetria de pulso), linha de apoio à Puérpera 24h, assim como o Projeto Nascer Cidadão, que dá resposta à Portaria n.º 1370/2008, de 2 de Dezembro. Neste projeto os pais podem fazer o registo de nascimento na própria maternidade, evitando deslocações às conservatórias do registo civil.

#### 1.2.5 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

No Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, prestam-se CSD na área materno-infantil, no concelho de Cascais, estendendo a sua influência ao concelho de Sintra. A urgência de Obstetrícia e Ginecologia, funciona durante 24h por dia, dispondo de uma equipa, permanente, de especialistas médicos de Obstetrícia, Ginecologia, Anestesiata, Neonatologista e respetivas equipas de enfermagem.

Também esta instituição se candidatou ao Projeto Maternidade com Qualidade, aplicando as suas medidas desde 1 de janeiro de 2014. Os indicadores de evidência e medida do projeto tem como objetivo obter mais e melhores cuidados de saúde; aumentar a acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados, satisfazer os EESMO envolvidos na prática clínica, melhorar a eficiência dos cuidados e dotá-los de recursos adequados (OE, 2013).



De acordo com o Sistema de Avaliação em Saúde (SINAS) o serviço de Obstetrícia foi classificado, de um modo geral, com nível de qualidade III (prestador posicionado na categoria de classificação superior). Os indicadores analisados são a ocorrência de CST, partos vaginais, partos programados, lacerações perineais graves e a correta prescrição e administração de esteroides antes do parto. São a exceção os indicadores que se referem aos partos eletivos e da administração pré-natal de esteroides, que foram classificados com nível II (prestador posicionado na categoria de classificação intermédia) (ERS, 2018).

#### 1.2.6 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Bloco de Partos no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

As oito salas de parto estão equipadas com casa de banho, duche, cama articulada e cadeira para o acompanhante. O acompanhante tem livre circulação, onde a grávida permanece durante o TP, parto e pós-parto imediato, até subir para o internamento. Em caso de necessidade de qualquer procedimento cirúrgico a proximidade às salas de bloco operatório permite a brevidade da sua resolução. Após o nascimento do bebé, este é identificado com o nome da mãe, colocando-se também a pulseira anti-rapto. A equipa é formada pelos médicos, três enfermeiras generalistas e três especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (SMO) do quadro, sendo a restante equipa complementada com prestadores de serviços que permitem que também nas noites estejam sempre presentes cinco elementos, três dos quais especialistas de SMO. As suas práticas aproximam-se do método One-to-One e os registos realizados no *software* Glint – Gestão Hospitalar, seguindo taxonomia CIPE®. No ano de 2018, foram realizados nestas salas 2634 partos, dos quais 759 foram cesarianas (28,8%) (SNS, 2018a).

#### 1.2.7 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), em Lisboa

A MAC, construída nos anos 40, está integrada no Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E., cuja área de influência é composta por 38 freguesias do concelho de Lisboa e por sete do concelho de Loures. Em tempos o seu encerramento foi uma hipótese governamental e hoje encontra-se no centro da polémica criada em torno da falta de obstetras no verão (OPSS, 2019).

### 1.2.8 Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos no Bloco de Partos na MAC, em Lisboa

Nesta maternidade existem 11 salas de partos, das quais três estiveram inativas até junho, por uma gestão de recursos humanos. Dadas as exigências hospitalares descritas, a equipa que presta cuidados neste serviço, teve que se reestruturar no sentido de dar resposta às necessidades de 11, eventuais, ocupantes possíveis. Para colmatar as necessidades do serviço trabalham 20 EESMO (incluindo a chefe), dois Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica (EEMC) e 13 enfermeiros generalistas. O seu método de trabalho aproxima-se da metodologia *One-to-One* conforme indicação de organizações nacionais (OE, 2018) e internacionais (NICE, 2014; WHO, 2018b). Registaram-se em 2018, 3428 partos, dos quais 1066 foram CST (31,1%) (SNS, 2018a).

### 1.2.9 Caraterização do Contexto de Realização do Estágio de Natureza Profissional no Hospital Garcia de Orta, Entidade Pública Empresarial (HGO-EPE)

O HGO-EPE presta CSD à população dos concelhos de Almada e Seixal, dando resposta também à Península de Setúbal na área da Neonatologia. O serviço de Obstetrícia, é constituído pelas unidades funcionais: Grávidas, Puérperas, Centro de Diagnóstico Pré-Natal/Genética, Urgência Obstétrica, Bloco de Partos e Consulta Externa. Em 2005, foi o primeiro hospital a ser acreditado como Hospital Amigo dos Bebés, por cumprir as dez medidas definidas pela OMS e pela UNICEF, no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

Embora o seu núcleo de interesse seja a assistência à mulher e a promoção do seu bem-estar numa abordagem sociofamiliar, o serviço desenvolve atividades de formação pós-graduada em medicina e enfermagem, através do estabelecimento de parcerias com universidades no ensino e na investigação. O tipo de serviço que prestam permite proporcionar uma experiência de nascimento e de parentalidade positiva, mote comum ao da vertente de investigação desenvolvida durante a experiência clínica na instituição.

Além do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) ao RN, do Rastreio Auditivo do RN, Registo Civil no âmbito do Projeto Nascer Cidadão, visitas guiadas à Maternidade do Hospital, ainda defendem respeitosamente os Planos de Parto (PP) da mulher/casal.

#### 1.2.10 Caracterização dos Recursos Materiais e HGO-E.P.E.

O internamento de grávidas dispõe de 17 camas, e é constituído por 12 especialistas e cinco generalistas, localizando-se no Piso 5, juntamente com o Puerpério, a sala de ecografia e Amniocentese e o Espaço “Nascer Cidadão”. Na consulta de Gravidez de Alto Risco, de Materno-Fetal, de Idade Materna e da Diabetes, encontra-se uma equipa constituída por nove especialistas de SMO. No Piso 1 além destas consultas, existe também o Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e o Bloco de Partos. Neste hospital, no ano de 2018, realizaram-se 2797 partos, dos quais 751 foram por CST (26,85%) (SNS, 2018a). O método individual de trabalho é utilizado em ambos os serviços (Internamento e Consulta externa) e a plataforma informática é o SClinico cuja taxonomia segue a CIPE®.

### 1.3 FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA

Nascer acarreta a responsabilidade de um início, a esperança em algo que surge de novo, a expectativa na mudança, encerrando em si a promessa de uma nova aventura responsável na qual urge o amor. Este fenómeno tem impacto na vida da mulher, companheiro e sua família, que o vivenciam de forma individual adequado ao papel que cada um desempenha na vida do novo ser que nasce.

Na década de 30, a assistência padrão à maternidade no domicílio, com visitas regulares e frequentes de um especialista em obstetrícia, não alterou, mas gradualmente mudou o processo para ambientes institucionais, com acompanhamento pós-parto e atendimento de um profissional de saúde qualificado. A historicidade do fenómeno de nascimento remonta-nos ao natural e biológico ato de parir, ao momento privado, íntimo e feminino com que se nascia antes da década de 40, a partir da qual passa a ser um evento técnico especializado enquadrado nas ciências da saúde. Retira-se a subjetividade do momento de nascimento, com a dimensão vivencial e cultural de cada indivíduo, dando-se lugar à racionalidade técnica e científica segundo um modelo masculino de cuidado das instituições, com a presença de profissionais de saúde, à família desconhecidos. Enquadra-se um momento biológico num contexto tecnicista e rotineiro, afasta-se a família da cena do parto, a mulher perde a possibilidade de decidir sobre o seu próprio corpo e as relações intersubjetivas ficam afetadas (Alves, Alves, & Padoin, 2016; Pontes, Lima, Feitosa, & Trigueiro, 2014).



A transferência do local de nascimento traduziu-se em resultados positivos nos ganhos em saúde, no que diz respeito à diminuição das taxas de morbimortalidade materno-fetal (SNS, 2018b). Contudo, o uso excessivo de intervenções e a evidência de comportamentos desrespeitosos e abusivos em alguns contextos institucionais que refletem o insulto pela *leges artis* a que os profissionais de saúde estão adstritos (i.e., Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro), criaram a vontade de se optar por um parto domiciliário com os riscos que os défices de apoio à saúde domiciliária, a nível nacional, acarretam (OPSS, 2018). A evidência científica propõe que sejam desenvolvidos projetos nas maternidades existentes, que reflitam a prestação de cuidados que a mulher deseja e precisa. Neste sentido, promove-se o que valorizam as mulheres, independentemente do que as instituições já oferecem.

Os objetivos das maternidades devem ir além da sobrevivência durante o parto. As mulheres, bebés e famílias devem prosperar e sobreviver após este momento com uma visão de transformação positiva das suas vidas, de suas famílias e comunidades, a curto e longo prazo (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, & Imezoglu, 2018). Mudar a herança do que conhecemos dos nossos antepassados, relativamente ao que consideramos ter sido menos positivo, far-nos-á assumir uma posição ativa do que queremos para as gerações seguintes, criando um novo mundo. E a cada nascimento positivo, a esperança de uma nova vida faz-nos crer que estamos a conquistar um mundo melhor (Simon & Abrams, 2006).

Existem organizações que se uniram, por partilharem a preocupação com as mulheres, bebés e famílias, no sentido de promoverem a assistência à maternidade, baseada em evidências, amiga da mãe e do bebé. Tal é o caso da *Mother-Friendly Childbirth Initiative* (MFCI) (CIMS, 2015) que tem por base os princípios que dão origem às dez etapas que apoiam, protegem e promovem os serviços e cuidados de maternidade amigos da mãe. Estes princípios são a normalidade do processo de nascimento, o empoderamento, a autonomia, a não maleficência e a responsabilidade (CIMS, 2015).

A parturiente/companheiro terão expectativas quanto à assistência dos profissionais, ao antecipar o TP. As expectativas e experiências radicam-se em conhecimentos, crenças e envolvente sociocultural. É de suma importância explorá-las com a mulher/casal. Assim se compreenderá como podem ou desejam ser ajudadas, para que as expectativas sejam realistas e concretizáveis e assim atinjam os seus objetivos no momento de nascimento. Concorre-se desta forma para uma experiência de nascimento satisfatória e positiva. A experiência de parto tem destaque na nova diretriz da OMS – modelo de cuidados intraparto. É sublinhado o direito da mulher/casal desenvolverem o seu TP num ambiente seguro, segundo uma perspetiva de

cuidados de saúde e estarem simultaneamente no centro da intervenção. Surge assim um novo conceito, o de experiência de parto positiva. Os pressupostos deste novo conceito da OMS consistem no(a): 1) cumprimento e superação das crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores, da mulher; 2) nascimento de um bebé saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro; 3) continuidade do apoio prático e emocional de um, ou mais, companheiro(s) de nascimento, e ainda 4) acompanhamento de uma equipa clínica tecnicamente competente (WHO, 2018b).

Como forma de preparar uma experiência positiva de parto, a 10ª recomendação, baseada na evidência da nova diretriz da OMS, alude à necessidade da individualização dos PP. Consideram-se assim as necessidades e preferências da mulher/casal (WHO, 2018b). Ou seja, um plano singular, conforme a irrepetibilidade da experiência/vivência de cada mulher em TP, uma das formas de concretizar as suas expetativas.

Nas suas várias designações, o Plano de Parto, Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto (PP), consiste num documento escrito, individualizado, realizado de preferência entre as 28-32 semanas de gestação (APDMGP, 2015). É recomendado pela OMS há cerca de 20 anos (WHO, 1997), mantendo-se como uma referência nos cuidados, nos tempos que correm (OE, 2019). Há vários tipos de PP, apresentados como 1) lista de itens sem explicações associadas; 2) lista de itens com explicações; 3) modelo sem itens que apresenta as práticas obstétricas habituais e 4) representações pictóricas (Biescas et al., 2017). É usado em diversos idiomas nas mais diversas localizações geográficas. O PP constitui uma metodologia de assistência personalizada e humanizada. Origina-se no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, proporcionando o controlo da mulher no seu processo de parto além de contribuir para obter um efeito positivo face ao nascimento do seu bebé. É uma ferramenta para preparar o seu parto e diminuir os medos, através da aquisição de informação e reflexão com os EESMO, atribuindo-lhe uma carácter de segurança informada (Whitford H, 1998). A sua elaboração deverá ser feita de forma conjunta mulher/casal-enfermeiro, através de uma interação preferência/necessidade (mulher/casal) *versus* abertura e informação (espera-se que) tacitamente válida por parte do EESMO. A dinâmica prevê-se em orientações nacionais (i.e., Resolução da Assembleia da República nº 175/2017, de 2 de agosto, mais recentemente na Lei nº110/2019, DR. n.º 172, 9 de setembro) e internacionais (WHO, 2002). No documento co-construído, ficam expressos os desejos relativos ao TP da mulher/casal. Contudo, este plano deve ser realista, exequível e flexível visto que podem ocorrer desvios na evolução do parto e uma expectativa irrealista pode gerar uma experiência negativa e influenciar novas gestações

(APDMGP, 2015; FAME, 2008). O PP servirá, então, como elo entre o casal e a equipa de saúde, promovendo uma comunicação mais clara entre ambos (WHO, 2018b).

Considera-se imperiosa, então, a uniformização entre o que mulher/casal esperam do momento de nascimento e o que os profissionais de saúde e instituições promovem ou podem promover. Contudo, na assistência obstétrica cada interveniente envolvido deve entender o seu papel com o intuito de uma assistência menos interventiva, onde se promova o empoderamento materno e se garanta à mulher/casal a sua autonomia e preservação dos seus direitos.

Existem alguns instrumentos de recolha de dados que abordam as expectativas relativamente ao nascimento, por parte da grávida e respetivo companheiro. Aplicam-se em contextos geográficos vários. Tal é o caso do Questionário de Expectativas de Parto. O estudo destas matérias alarga o conhecimento, ajuda os profissionais de saúde que intervêm na assistência ao parto, a entender as diferenças das expectativas e experiências no momento de nascimento, e contribui para a satisfação de todos os envolvidos, utentes e profissionais.

Sensíveis ao movimento do Nacer Positivo, os profissionais parecem unir esforços para que as instituições possam oferecer cuidados com significado para os utentes. Assim, contribuir para uma melhor visibilidade destes factos, pode ser importante a realização de uma revisão da literatura. Seguindo os passos formais seria oportuna no âmbito deste mestrado. Contudo, em virtude do tempo necessário, à sua pormenorizada análise e produção foi apenas possível realizar uma primeira abordagem ao tema.

Partiu-se da questão de investigação: Que barreiras e facilidades esperam/experienciam as mulheres que estão a viver o período gravídico-puerperal relativamente à implementação do

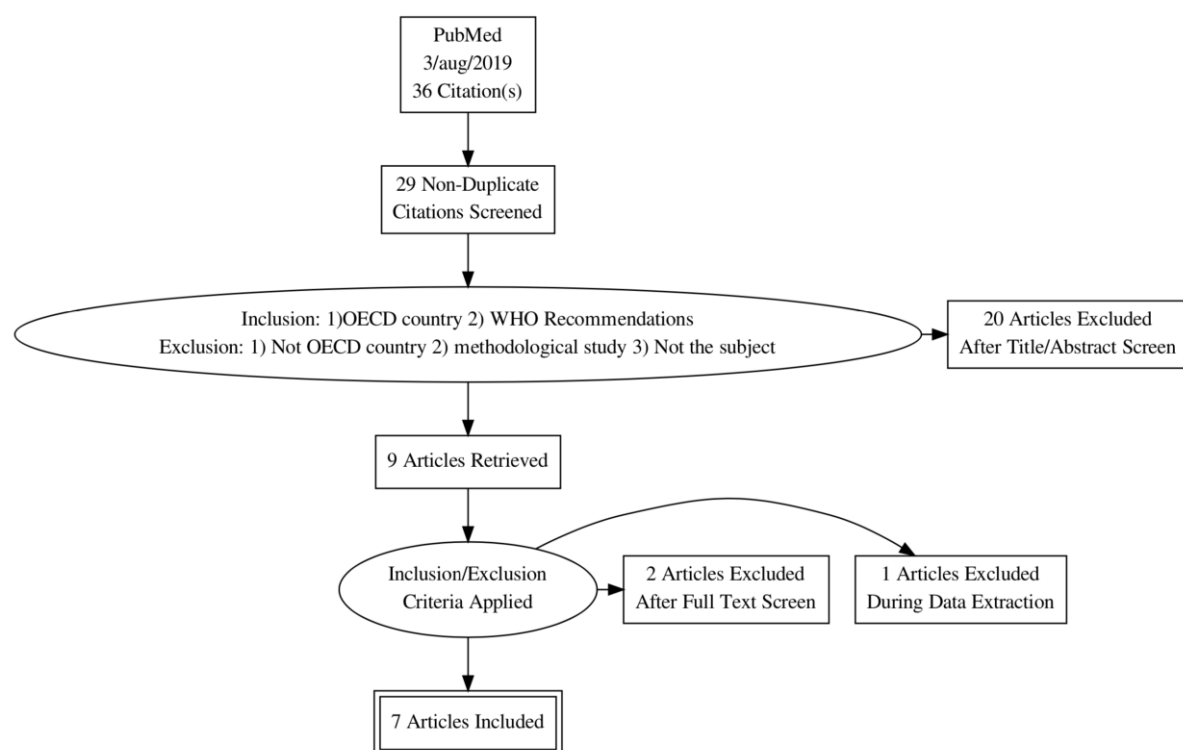
plano de parto?. Para tal utilizou-se a equação booleana "*Quality of Health Care*"[Mesh])AND "*Parturition*"[Mesh]) AND "*World Health Organization*"[Mesh] AND *Humans*, e restringiu-se a pesquisa aos últimos dez anos, identificando-se 31 artigos. No *software Rayyan* foi possível construir uma nuvem onde se destacam os termos predominantes do primeiro exercício de pesquisa



**Figura 2** Nuvem de palavras conforme seleção de literatura em base de dados.

(Figura 2).





**Figura 3** Diagrama prisma do primeiro exercício de pesquisa.

Após enviar-se para o *Endnote*, retiraram-se os repetidos e inseriram-se os resultados na plataforma *Rayyan QCRI*. A seleção dos artigos foi feita através da análise dos títulos e *abstract* a par com a orientadora do Mestrado. No evoluir das reuniões, compreendeu-se que as recomendações da OMS podem ser assumidas de maneira diferente de acordo com a área geográfica em que foram desenvolvidos os estudos, optando-se por considerar apenas os contextos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Na continuidade, construiu-se o diagrama conforme figura 3. Após serem retirados os artigos que estão fora do contexto da OCDE, os que dizem respeito a outros assuntos e os que são artigos metodológicos, ficaram sete para analisar na *PubMed* (Apêndice C).

O desafio deu origem ao *template* de Protocolo em desenvolvimento, a submeter a um balcão de registo ou periódico, após consolidação dos pormenores necessários à sua validação (Figura 4).

**Protocol Template: Systematic Review**

Women's view about barriers and facilitators for the implementation of the birth plan: A qualitative systematic review protocol

Cláudia Agostinho (M1); Sara Palma (M2); M3; M4; Margarida Sim-Sim (M5)

**Review title:** Women's view about barriers and facilitators for the implementation of the birth plan: A qualitative systematic review protocol.

**Review Aim:** To synthesize the evidence exploring the experiences of birth plan, from the perspective of the women who became mothers and are living the period pregnancy-puerperium

**Review question:**

What barriers and facilitators expect/experienced the women who are living the pregnant-puerperal period to the implementation of the birth plan?<sup>1</sup>

**Detailed questions:**

- What barriers or facilities do women await/identify in 1st stage (labor)?
- What barriers or facilities do women await/identify at 2<sup>nd</sup> stage (delivery; childbirth)?
- What barriers or facilities do women await/identify at 3<sup>rd</sup> stage (placenta delivery)?
- What barriers or facilities do women await/identify in the 4th stage (Greenberg period)?

**Figura 4** *Template* de protocolo em desenvolvimento.



## 2. METODOLOGIA

A aprendizagem desenvolvida nos estágios ou contextos da prática é uma metodologia desde sempre utilizada na formação em saúde materna e obstétrica. Poderemos contextualizar esta aprendizagem como uma metodologia de observação participante, que ocorre de maneira natural e direta no campo clínico. Caracteriza-se por episódios de observação, de interação e de reflexão sobre as experiências. Como referem alguns autores a observação participante acontece quando o observador (neste caso a mestranda) participa na vida, nos fenómenos, nos cuidados do grupo por ele estudado (Estrela, 1990). Nesta metodologia a orientação supervisionada e pedagógica foram fundamentais. De facto, além do docente orientador, contemplou com relevo a supervisão do profissional especialista em Saúde Materna e Obstétrica (SMO). A figura deste supervisor corroborou alguns autores (Schon, 1991; Vieira, 1993) na medida do seu papel orientador, conselheiro, companheiro e facilitador da integração na área dos cuidados. Sendo simultaneamente um modelo para o exercício, ajudou a compreender a realidade dos cuidados e facilitou alguns momentos, que contribuíram fortemente para a aprendizagem da mestranda.

### 2.1 OBJETIVOS

Os objetivos definidos permitem clarificar o processo formativo, o que se pretende alcançar através das ações de formação e assegurar uma maior clareza e objetividade de procedimentos, ao longo do processo formativo. Neste relatório delineiam-se os objetivos a desenvolver na vertente clínica e na temática cujo planeamento se encontra descrito na Proposta de projeto (Apêndice A).

De uma forma mais abrangente, o objetivo geral do Relatório de Estágio de Natureza Profissional consiste em alcançar as competências específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG).

#### 2.1.1 Desenvolver competências instrumentais e relacionais, na vertente clínica

Do ponto de vista da vertente clínica objetivou-se alcançar as competências necessárias à assistência e intervenção à mulher inserida na família e comunidade no âmbito: a) do período preconcecional, b) do período pré-natal, c) do TP, d) do período pós-natal, e) do período de climatério, f) da vivência de processos de saúde/doença ginecológica e g) da sua inclusão nesta.

### 2.1.2 Desenvolver competências de investigação relativas à temática

A prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no Estágio de Natureza Profissional, despoletou a vontade de contribuir com novos estudos e resultados na temática do Nascer Positivo. Deste modo os objetivos desta recolha prenderam-se com a descrição das expectativas e experiências de assistência aos casais que enfrentam a maternidade, além de se identificar os contributos na elaboração do PP, para as mulheres/casais, neste âmbito.

## 2.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 2.2.1 Relativa à vertente clínica

O Estágio de Natureza Profissional foi realizado segundo um regime de supervisão clínica por peritos da área da Obstetrícia e, do ponto de vista pedagógico, por uma professora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, fazendo-se prevalecer a coresponsabilização da mestrandia nos resultados adquiridos na aprendizagem. Realizam-se reuniões de orientação no fim de cada turno com o supervisor clínico, assim como duas em cada Ensino Clínico (uma primeira qualitativa e no fim, quantitativa) com o supervisor clínico, juntamente com o professor da escola. Cada Ensino Clínico terminou com a auto e heteroavaliação do desempenho da mestrandia, numa reunião informal com os envolvidos na aprendizagem.

Visando a garantia de uma tomada de decisão, na prestação de cuidados, refletida e baseada na evidência planearam-se atividades e perspetivaram-se os resultados esperados, baseados nas unidades de competência do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (i.e., Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). A avaliação do desenvolvimento das competências teve por base os critérios de avaliação do mesmo regulamento.

#### 2.2.1.1 Estratégias de observação

Em cada Ensino Clínico, a abordagem inicial à integração e acolhimento foi feita segundo uma perspetiva observacional, expectante e humilde. A liberdade ia sendo atribuída à medida que eram demonstradas as competências necessárias para desempenhar tarefas e prestar cuidados mais autonomamente, sempre com carácter de supervisão. Liberdade esta

que carecia de maior responsabilidade e para tal sentiu-se a necessidade de optar por estratégias reflexivas.

#### 2.2.1.2 Estratégias de reflexão.

As reflexões foram sendo realizadas à medida da necessidade da mestranda. Estas tinham por base a crítica construtiva das experiências vivenciadas (Persson, Kvist, & Ekelin, 2018), sustentadas em referenciais teóricos. Em cada um dos documentos (Jornais de Aprendizagem), gerados pela inquisição de experiências vividas em Ensino Clínico, destacaram-se as competências adquiridas, tendo como referência o Regulamento supracitado (Apêndice D). Destaca-se também, destes jornais, as competências instrumentais adquiridas na prestação de cuidados à população-alvo de cada Ensino Clínico.

#### 2.2.1.3 Estratégias instrumentais clínicas

Do ponto de vista instrumental, várias foram as técnicas aplicadas. Uma mais interventiva (episiotomia, estimulação perineal), outras mais expectantes como o “*hands of*” e aguardar pela vontade de “puxar”, por parte da parturiente, mesmo em dilatação completa (FAME, 2009). Tal respeita as recomendações que a OMS vem desenvolvendo desde 1996, reforçadas em 2018 (WHO, 1997, 2018b). A postura expectante da especialista SMO constitui uma nova corrente que vem surgindo no nosso país, trazendo para o centro do parto, a mulher. Assim destacou-se o preferencial interesse da mestranda por esta postura profissional, embora se compreenda a necessidade e importância de se estar preparado para situações de maior urgência, onde a especialista atua de forma mais interventiva.

Desencadeado o interesse pela temática de proporcionar experiências positivas de parto procurou-se saber mais sobre o tema. Realça-se a sua atualidade condicionada pelas novas orientações da OMS. Também pelo destaque que a temática tem registado, nos últimos tempos, como se constata em matéria de palestras, congressos e reuniões. Desta forma desenvolveram-se estratégias de investigação e posterior disseminação dos primeiros resultados obtidos durante este estágio.

#### 2.2.1.4 Estratégias de investigação/disseminação

Além da revisão da literatura, conforme sugerido na fundamentação da temática, avançou-se para a parte empírica da vertente de investigação. Aplicaram-se questionários com



o propósito de se conhecerem as expectativas da grávida e respetivo companheiro, assim como as experiências das puérperas e seu companheiro, sobre o momento de nascimento. O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão carece da produção de conhecimento, de evidência científica (Polit & Beck, 2017). Como tal considera-se essencial entrar no ciclo teoria-prática-teoria concretizando as oportunidades do Ensino Clínico para o desenvolvimento pessoal na investigação e simultaneamente partilhar os ganhos obtidos.

Desta forma foi interessante participar num evento científico internacional que ocorreu na Universidade de Évora, o V Colóquio Luso-Brasileiro Sobre Saúde, Educação e Representações Sociais, apresentando-se (Apêndice E):

- **Poster** – “Efeito do Plano de Parto na Experiência de Nascimento em Primíparas. Projeto de Protocolo para Revisão Sistemática de Literatura.”
- **Poster** – “Expectativas do TP *versus* proposta de Plano de Parto: Projeto académico de investigação.”
- **Comunicação Oral** – “Amamentação durante a gravidez. As suas consequências.”

Num segundo momento de partilha, foram apresentados os primeiros resultados obtidos da aplicação dos questionários supracitados, no congresso: Nacer Positivo - III Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento, sob a forma de:



**Figura 5** Responsáveis pelo poster apresentando no evento Nacer Positivo.

- **Poster** - “Experiências e Expectativas de grávidas e puérperas e seus companheiros sobre o nascimento”.

O tema foi proposto também a candidatura, ao Prémio Nacer Positivo no valor de 500€, com o fim a financiar-se o desenvolvimento da sua produção científica. Para tal realizou-se: 1) um filme de apresentação do projeto (<https://www.youtube.com/watch?v=Q7AVVHzNR3w>), correspondendo aos critérios de seleção da candidatura; 2) publicitou-se no *site* da Universidade de Évora; 3) utilizou-se a funcionalidade de propagação da informação das redes sociais (*Facebook*); 4) encaminhou-se através de email para

a comunidade escolar, pessoal e profissional e 5) personificou-se em palco do anfiteatro do



**Figura 6** Participação na atribuição de prémio.

Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa como representante do projeto (figura 6). O contínuo da aprendizagem prende-se também com as oportunidades que se aproveitam e com o que se produz em conhecimento científico e é partilhado em eventos como os anteriores.

#### 2.2.1.5 Outras estratégias para aquisição de competências

Através do convite, por parte de uma das supervisoras clínicas, investiu-se na aprendizagem sobre a perspetiva psico-neuro-endócrino-imunológica aplicada à saúde materna e ao RN. Também se adquiriram ferramentas para a promoção do posicionamento e encaixe fetal, assim como para a progressão do feto no período expulsivo. Tal ocorreu na segunda edição do *Health Insights* – ciclos de formação para Profissionais de Saúde (Apêndice F).

Ainda no Nacer Positivo - III Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento, realizaram-se os *workshop's* (Apêndice G):

- “A Experiência do Bebê e Ferramentas de Cura para a *Golden Hour*”, ministrado pela formadora *Karen Strange* e
- “Lacerações Perineais: Treino de Sutura Contínua”, ministrado pela formadora Andreia Gonçalves.

Se há quem produza conhecimento, há ainda quem promova momentos de partilha desses ganhos em SMO. Presenciou-se tal partilha na Jornada do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com o tema: “Semana do Parto Respeitado” (a aguardar comprovativo de presença, solicitado à OE). Onde mais uma vez prevaleceu a temática do Nacer Positivo, visando-se a promoção de experiências positivas de nascimento.

Prevalece destes encontros e de todas as estratégias adotadas na aquisição das várias competências do EESMO (i.e., Regulamento 391/2019, de 3 de maio), a vontade de aprender cada vez mais, com os melhores e com eles poder promover o crescimento da Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica em Portugal.

### 2.2.2 Relativa à temática

A realização de algumas das reflexões críticas, teve por base a temática definida (i.e., Nacer Positivo), fundamentando-se a *práxis* sustentada na teoria. Pretendeu-se realizar um estudo sobre as expectativas e experiências do casal face ao momento de nascimento. O estudo assentou numa metodologia descritiva, transversal e quantitativa com a aplicação de um instrumento de recolha de dados organizado em três secções:

- a) dados demográficos;
- b) dados obstétricos e;
- c) uma versão do *Childbirth Expectativas Questionnaire* (CEQ) (Kao, Gau, Wu, Kuo, & Lee, 2004).

O CEQ foi desenvolvido para estudar a percepção das mulheres na primeira experiência de parto, medindo importantes aspetos da satisfação materna no TP e parto. A versão utilizada é composta por 37 itens, distribuídos por cinco fatores (ambiente de cuidados - 13 itens, expectativa de dor no parto - 5 itens, apoio do marido/companheiro - 6 itens, controlo e participação e suporte dos profissionais de saúde - 4 itens). A resposta foi dada segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). Os itens negativos serão revertidos e relativamente ao *score*, este obter-se-á através da soma de todos eles, variando entre 37 e 185.

O seu preenchimento esteve dependente do consentimento livre e esclarecido dos participantes (Apêndice H). Os procedimentos metodológicos em respeito pela propriedade intelectual, incluíram o pedido de permissão à autora original da CEQ, para utilização do instrumento e adaptação para o tempo de experiências, ambos com parecer positivo, através de *e-mail* (Apêndice I). O processo de tradução e retrotradução seguiu orientações de autor (Maneesriwongul & Dixon, 2004) (Apêndice J).

Após o processo de autorização, tradução e retrotradução do questionário, remeteu-se o estudo à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, que obteve parecer favorável (Apêndice B). Para se aplicar o instrumento de recolha de dados na instituição hospitalar, foi feito o pedido junto do Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta. A organização decretou ser favorável a sua aplicação, no dia 31 de janeiro de 2019, com o compromisso de na conclusão do estudo, ser enviada uma síntese dos resultados e conclusões (Apêndice K). O tratamento e análise dos dados realizou-se com o *Software IBM® SPSS®, versão 24*.



No sentido de se facilitar a avaliação da aquisição das competências mencionadas, assim como o atingir os objetivos delineados, optou-se por sumarizar na figura 7 os resultados esperados (Objetivos) e as atividades planeadas para a sua superação.

OBJETIVOS	ATIVIDADES DELINEADAS
<p><b>1º OBJETIVO</b> – Alcançar as competências do EESMO necessárias à assistência à mulher inserida na sociedade, conforme o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, na implementação das últimas orientações (CIMS, 2015; DGS, 2015; WHO, 2018a, 2018b).</p>	<p><b>Relativa à vertente clínica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégias de observação;</li> <li>- Estratégias instrumentais clínicas;</li> <li>- Estratégias de investigação e disseminação;</li> <li>- Outras estratégias para aquisição de competências.</li> </ul>
<p><b>2º OBJETIVO</b> – Descrever as expectativas e experiências de assistência aos casais que enfrentam a maternidade, percebendo-se o contributo na elaboração do Plano de Parto neste âmbito, através da aplicação de instrumento de recolha de dados.</p>	<p><b>Relativa à temática:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexões críticas sobre o tema “Nascer Positivo”;</li> <li>- Aplicação de instrumento de colheita de dados de expectativas e experiências sobre o momento de nascimento.</li> </ul>

**Figura 7** Objetivos e respetivas atividades de alcance.

## 2.3 POPULAÇÃO-ALVO

### 2.3.1 Relativa à vertente clínica

Os envolvidos nos diversos contextos de estágio, mulheres, casais e RN's a quem se prestaram cuidados diretos, constituem a população na vertente clínica (Apêndice L).

CAMPO CLÍNICO	UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇO	POPULAÇÃO-ALVO	ÁREA ENVOLVENTE
Centro de Saúde	UCSP 7 Rios	Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva	Grávidas e companheiros	Alvalade, Avenidas Novas, Campolide, Carnide, Lumiar, São Domingos de Benfica e Santa Clara.
Puerpério	Hospital CUF das Descobertas	Puerpério	Puérperas, companheiros e RN's	Todo o cliente privado, de várias áreas.
Bloco de Partos I	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo	Urgência Obstétrica e Ginecológica	Puérperas, companheiros e RN's	Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.
Bloco de Partos II	Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida	Bloco de Partos	Puérperas, companheiros e RN's	Cascais e Sintra.
Bloco de Partos III	Maternidade Alfredo da Costa	Urgência Obstétrica e Ginecológica	Puérperas, companheiros e RN's	38 freguesias do concelho de Lisboa e sete do concelho de Loures.
Grávidas / Ginecologia	Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	Internamento de Grávidas e Ginecologia	Mulheres com doença do foro ginecológico, grávidas e companheiros	Almada, Seixal e da Península de Setúbal.

**Figura 8** Dados do campo clínico, respetiva unidade de saúde, população-alvo e área geográfica de abrangência.

### 2.3.2 Relativa à temática

A amostra foi extraída da população-alvo de prestação de cuidados. Obteve-se através de uma seleção de conveniência de grávidas/companheiros, por recrutamento, nas Consultas de Peri-parto no Hospital Garcia de Orta, E.P.E.. Na seleção dos participantes consideraram-se critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falada e escrita; b) ter mais de 18 anos de idade; c) ser uma gestação de feto único, considerada como gravidez de baixo risco até ao momento e d) estar no 3º trimestre de gravidez.



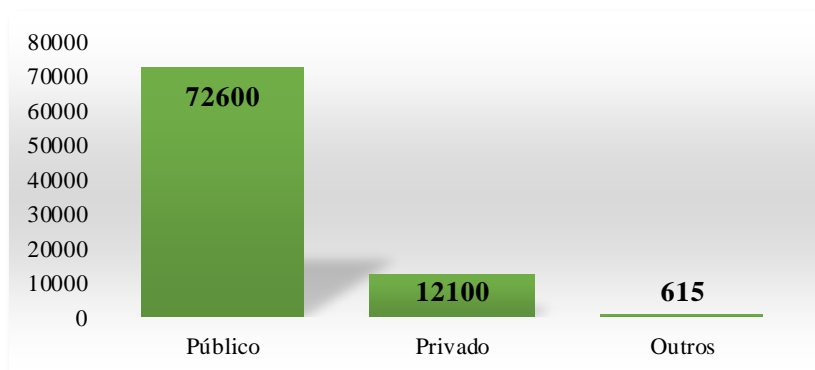
A amostra da população de puérperas e companheiros obteve-se, igualmente, por conveniência e por recrutamento durante o período de puerpério tardio, tendo como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falada e escrita; b) ter mais de 18 anos e c) ser filho proveniente de uma gestação simples decorrente de uma gravidez de baixo risco (Apêndice M).

## 2.4 ANÁLISE DOS DADOS

### 2.4.1 Relativa à vertente clínica

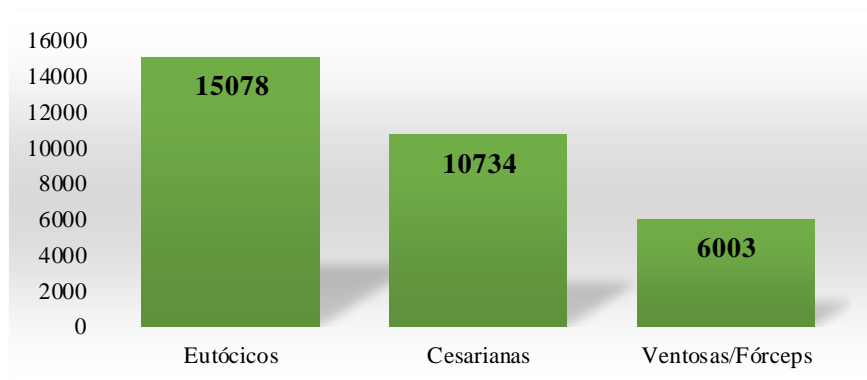
Perante uma população mais exigente, devido ao crescimento da literacia, difusão do conhecimento sanitário e soluções tecnológicas simples, atribuiu-se às mulheres e respetivos parceiros, a autonomia nas escolhas quanto ao local de nascimento, atualmente com um ponto de vista mais naturalista, afastando-se da visão tecnicista/interventiva no processo de nascimento. De facto, o acessível recurso aos hospitais e hospitalização do parto, único fator explicativo e independente, de entre outros indicadores ecológicos habituais, fez com que houvesse diminuição da mortalidade materna, infantil e neonatal, assim como promoveu a sobrevivência das crianças nascidas prematuramente (OPSS, 2018). No entanto, em 2016, 1.007 dos partos ocorreram fora de um estabelecimento de saúde (“domicílio” e “outro local”) (DGS, 2018).

O número de partos em 2017 foi de 85 315. Verifica-se uma diminuição do número de partos comparativamente ao ano de 2016, tendo-se efetuado 84,7 mil partos nos hospitais portugueses (0,4% eram mulheres residentes no estrangeiro) (INE, 2019). O número de partos realizados em contexto público/privado está representado na figura 9.



**Figura 9** Número de partos realizados em 2017, nos diferentes contextos (INE, 2019).

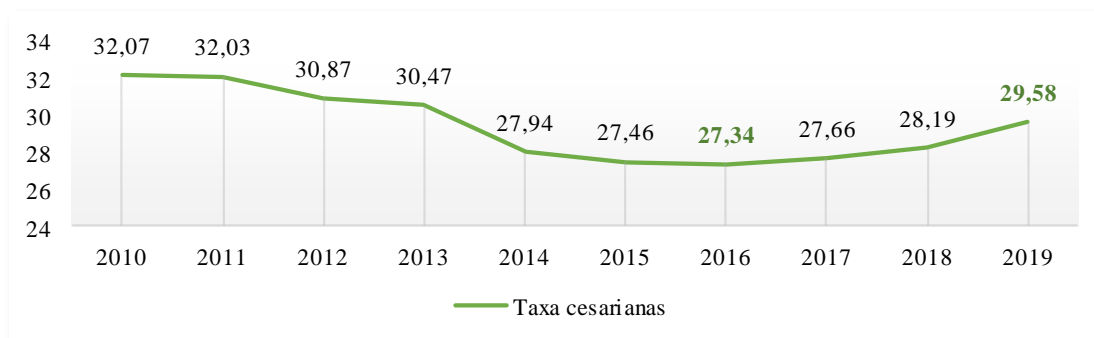
Nas instituições públicas, em Portugal, 51,9% dos partos foram efetuados sem intervenção instrumental ou cirúrgica (partos eutócicos). Na Área Metropolitana de Lisboa, onde se localizam as instituições onde foi desenvolvido o Ensino Clínico, nasceram 31.815 bebés (INE, 2019). O tipo e número de partos realizados apresentam-se na figura 10.



**Figura 10** Tipo de partos realizados na área metropolitana de lisboa (INE, 2019).

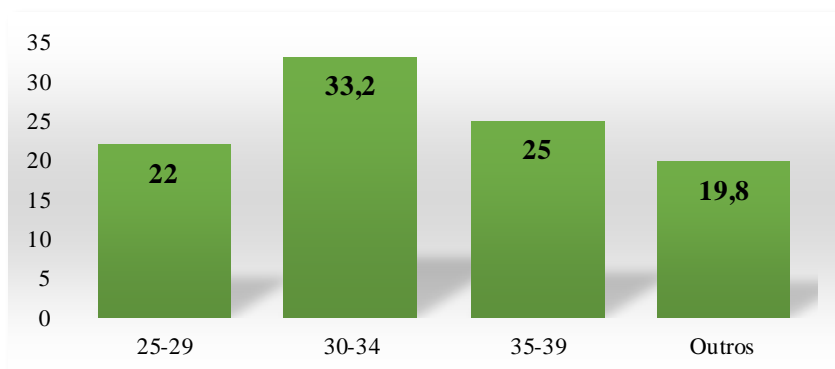
Em jeito de curiosidade, verifica-se um aumento da taxa de cesarianas no ano de 2017, para 27,66%, mudando-se o novo paradigma que se vinha a verificar desde 2014, altura em que a taxa de CST estava a diminuir no SNS (Figura 11). No ano de 2018 era de 28,19% e até setembro do ano corrente, os resultados mostram que esta taxa continua no sentido crescente (29,58%) (SNS, 2018a).

Várias foram as mudanças na saúde materna, que podem estar na origem deste crescimento. Desde o protesto dos enfermeiros sobre a carreira de especialista (em 2017) até mais recente, o défice de médicos especialistas na área de Obstetrícia, com a necessidade de se encerrarem algumas maternidades em período de férias. Em relação aos enfermeiros, a diminuição deste grupo pode ter tido a sua influência menos positiva, uma vez que são os enfermeiros os que asseguram a vigilância da grávida de baixo risco e, na sua ausência a medicina pode tornar-se mais defensiva, mais instrumental.



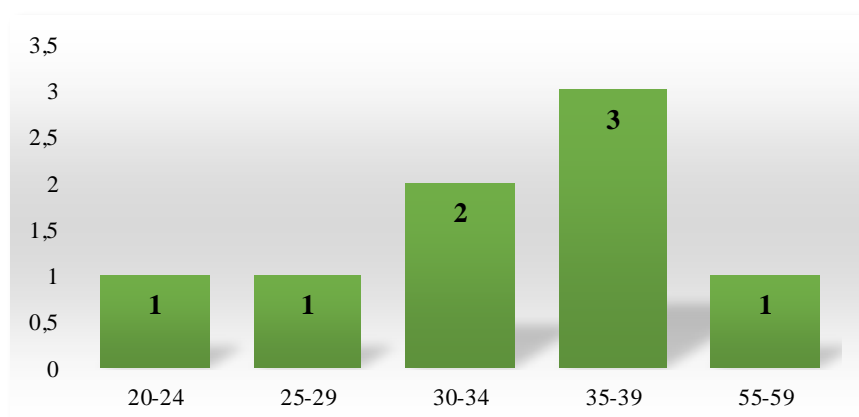
**Figura 11** Evolução da taxa de cesarianas de 2010-2019, no SNS (SNS, 2018a).

Através da análise da idade materna no ano de 2017, os nascimentos prevaleceram nas mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos (INE, 2019). Estes dados apresentam-se na figura 12, sob a forma de percentagem de partos conforme os grupos etários maternos.



**Figura 12** Distribuição de partos por grupos etários no ano de 2017 (em percentagem %) (INE, 2019).

Apesar da melhoria verificada na diminuição da mortalidade materna, no ano de 2017 ainda se registaram 9 mortes por complicações na gravidez, parto e puerpério (INE, 2019). Estes dados trazem prejuízo para a imagem política dos cuidados de saúde em Portugal, já que os indicadores materno-infantis vinham a diminuir, considerando o contexto Europeu. A figura 13 representa esta mortalidade por grupos etários maternos (em 85 315 partos registados em 2017).



**Figura 13** Número de mortes maternas registadas no ano de 2017 (INE, 2019).

A taxa de mortalidade infantil correspondeu a 19,3% dos óbitos infantis, decorrentes de fatores maternos e complicações da gravidez, do TP e do parto dos quais a grande maioria deu-se entre o nascimento e os dois meses de vida. No mesmo ano, 28,7% dos óbitos neonatais ocorreram por fatores maternos e complicações da gravidez, do TP e do parto, e 16,6% tiveram origem em causas relacionadas com outras afeções perinatais (INE, 2019). Também a

prematuridade tem vindo a diminuir e, em 2017, 91,7% dos nados-vivos em Portugal resultaram de uma gestação de termo ( $>37$  semanas), assim como têm vindo a diminuir os nascimentos com baixo peso à nascença ( $<2500\text{g}$ ), o que evidencia a melhoria da qualidade de cuidados da vigilância da gravidez, diagnóstico precoce dos desvios de crescimento fetal e acompanhamento mais personalizado dos casos sinalizados (DGS, 2018).

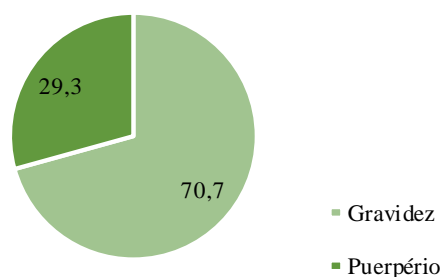
A população-alvo dos cuidados em contextos da prática encontra-se descrito na Figura 8, a qual se caracterizava pela predominância de mulheres caucasianas. No entanto a multiculturalidade estava presente através de representações de mulheres asiáticas e africanas. Em Portugal, os contatos com mulheres de origem africana são frequentes dado o passado histórico e pela abertura de fronteiras para a circulação de pessoas dos PALOP. A multiculturalidade remete-nos para a importância de uma postura profissional aberta a formas diferentes de viver o nascimento, com o fim de proporcionar experiências positivas de parto (Levy & Bértolo, 2012; WHO, 2018b). Numa análise simplificada dos cuidados prestados, traduzidos em números, segue-se a figura 12. Nela é possível constatar-se a concretização do conjunto de conhecimentos e experiências mínimas que permitem garantir o reconhecimento automático das qualificações profissionais de EESMO (Diretiva n.º 2005/36/CE; Diretiva n.º 2013/55/UE; Lei n.º 9/2009, de 4 de março; Lei n.º 26/2017, de 30 de maio).

OBJETIVOS CURRICULARES	RESULTADOS
<b>1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida - exames pré-natais</b>	100
<b>2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente</b>	
• Partos eutócicos	51
• Participação ativa em partos pélvicos	0
• Participação ativa em partos gemelares	1
• Participação ativa noutros partos	5
• Episiotomia	14
• Episiorrafia / perineorrafia	30
<b>2 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco</b>	
• Gravidez	40
• TP	0
• Puerpério	0
<b>4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis</b>	101
• Visita domiciliária (puérpera)	1
<b>5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis</b>	102
• Visita domiciliária (RN)	2
<b>6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco</b>	3
<b>7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas.</b>	16

**Figura 14** Resultados obtidos da prática clínica.



### 2.4.2 Relativa à temática



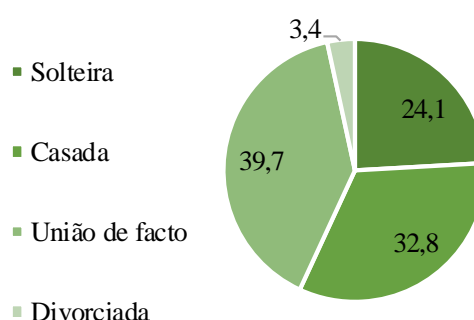
**Figura 15** Caracterização da amostra quanto à situação de vida do casal (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

A amostra caracteriza-se por mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos (média=31,82; DP=6,42) e por homens com idades compreendidas entre os 20 e os 51 anos (média=31,82; DP=6,42).

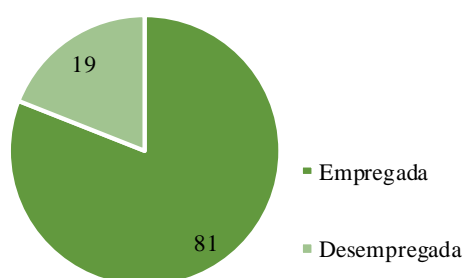
Dos 58 pares prevalecem os que vivem em casal (i.e., casados: n=19 – 32,8% e união de facto: n=23 – 39,7%), conforme dados colhidos junto das mulheres (figura 16).

A amostra é constituída por 58 casais.

Da amostra, 41 (70,7%) estavam na fase gravídica e 17 (29,3%) a vivenciarem a fase puerperal (figura 15).



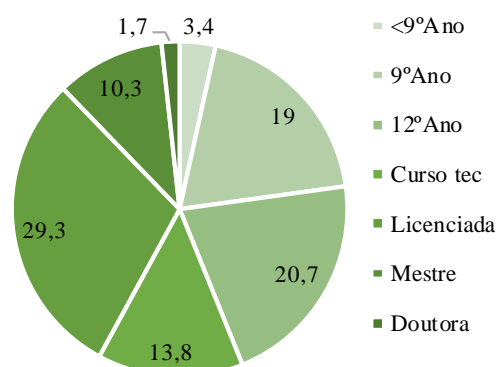
**Figura 16** Caracterização da amostra - estado civil (%) (Fonte: Dados da investigação atual).



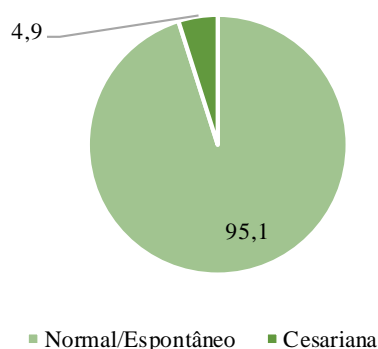
**Figura 17** Situação laboral (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

A maioria das mulheres está empregada (n=47; 81%) (figura 17).

Em relação às habilitações académicas das mulheres, a maior representação está nas Licenciadas (n=17; 29.3%). Uma das participantes não respondeu à questão (figura 18).

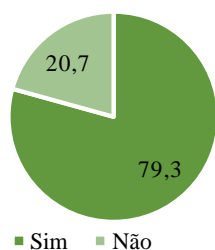


**Figura 18** Caracterização da amostra - habilitações literárias (%) (Fonte: Dados da investigação atual).



**Figura 19** Tipo de parto que a grávida deseja ter (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

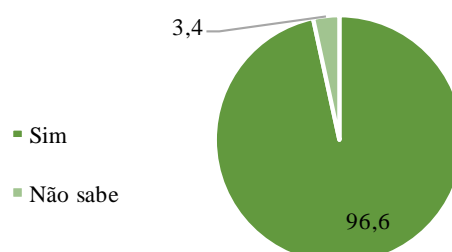
O tipo de parto desejado que prevaleceu na amostra de grávidas foi o Natural/Espontâneo (n=95,1%) (figura 19).



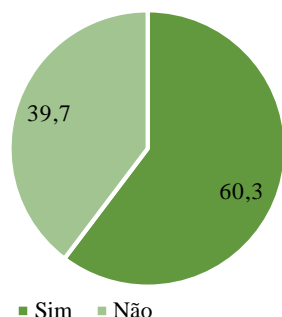
**Figura 20** Filho do casal – grávidas (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

Para a maioria dos casais (n=46; 79,3%) esta gravidez corresponde ao 1º filho (figura 20).

A quase totalidade das grávidas (n=56; 96.6%) considerou que é importante a presença do pai durante o parto (figura 21).



**Figura 21** Importância da presença do pai (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

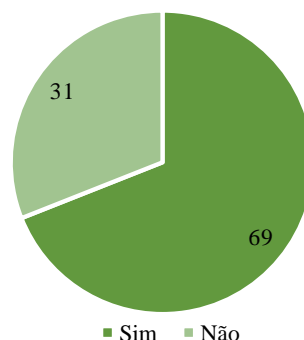


■ Sim ■ Não

**Figura 22** Frequência na classe pré-natal (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

A maioria das grávidas (n=35; 60.3%) frequentou a Classe Pré-natal, no sentido da preparação para o nascimento, parto e puerpério (figura 22).

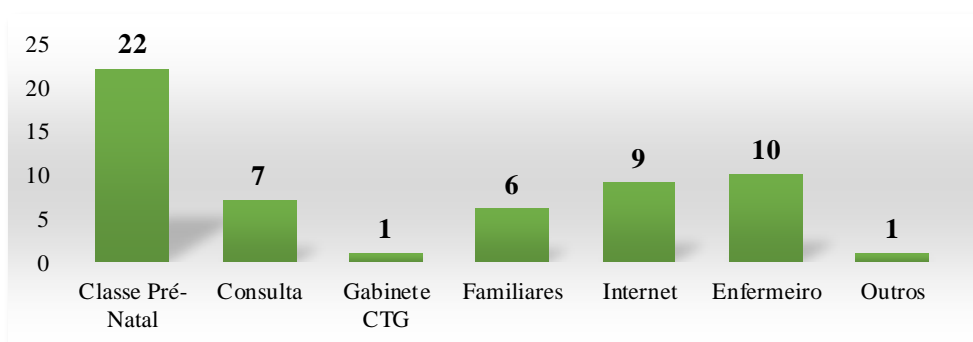
Face à definição do conceito, a maioria das mulheres (n=40; 69%) sabia o que é o Plano de Parto (figura 23)



■ Sim ■ Não

**Figura 23** Conhecimento do plano de parto (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

Através de uma análise de respostas múltiplas, constata-se que a Classe Pré-natal é o local mais referido pelas mulheres, como fonte de informação sobre o PP (i.e., % de casos = 51.2%), seguindo-se a figura do Enfermeiro/a (i.e., 23.2%). Duas participantes não responderam (figura 24).

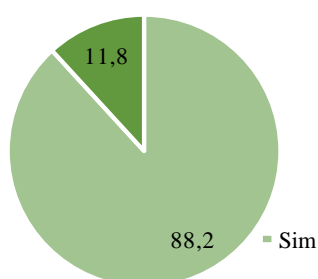


**Figura 24** Fontes de informação sobre o plano de parto (Fonte: Dados da investigação atual).



Nas 41 participantes, na altura grávidas, a maioria (n=28; 68.3%) sabe o que é o PP. Considerando-se este grupo, retirando-se as 13 que não sabiam o que era e que passaram às questões seguintes, nas 28 grávidas que sabem o que é o PP, apenas nove (22%) redigiram-no; cinco (12.2%) estão motivadas para o fazer e 14 (34.1%) não vão fazê-lo.

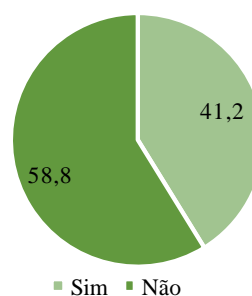
Das mesmas 41 mulheres grávidas, retirando as 27 em que a questão não se aplica (mulheres que disseram que não conheciam o PP e que não responderam ao grupo de perguntas seguinte), apenas dois (4.9%) entregaram o PP; por outro lado sete (17.1%) têm intenção de o fazer e cinco (12.2%) não o vão fazer. As duas grávidas que entregaram o PP não sentiram qualquer reserva por parte das pessoas/instituição que o receberam.



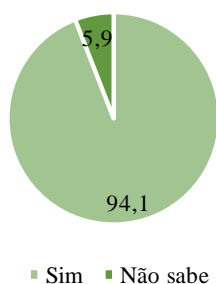
No que diz respeito às 17 participantes puérperas, a maioria (n=15; 88,2%) era primípara (figura 25).

**Figura 25** 1º filho do casal – puerpério (%)  
(Fonte: Dados da investigação atual).

A maioria das puérperas (n=10; 58.8%) não frequentou a Classe Pré-natal (figura 26

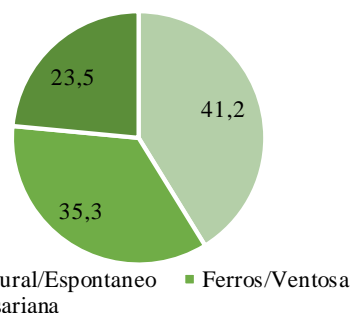


**Figura 26** Frequência do classe pré-natal – puerpério (Fonte: Dados da investigação atual).

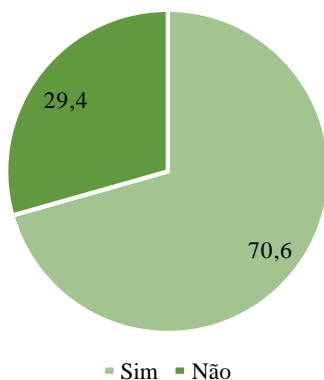


**Figura 27** Importância da presença do pai durante o TP e parto (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

O parto eutócico verificou-se em sete puérperas (41.2%); o parto instrumental com fórceps ou ventosa ocorreu em seis (35.3%) e cesariana em quatro (23.5%) (figura 28)



**Figura 28** Tipo de parto que as puérperas tiveram (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

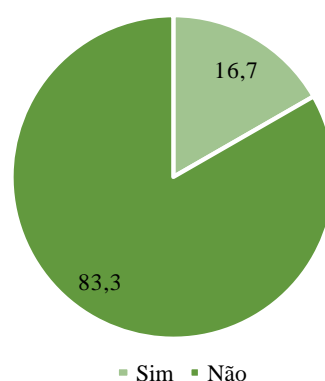


**Figura 29** Conhecimento do plano de parto pelas puérperas (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

Nas atuais 17 puérperas, a maior parte (n=12; 70,6%) sabia o que era o Plano de Parto (figura 29).

Das 12 puérperas que sabiam o que era o plano de parto, apenas duas (16.7%) redigiram o Pano de Parto (figura 30)

Das duas mulheres que redigiram o Plano de Parto, apenas uma entregou aos Profissionais de Saúde/instituição de saúde.



**Figura 30** Entrega do plano de parto, por parte das puérperas (%) (Fonte: Dados da investigação atual).

Salienta-se da amostra que a mesma fez parte da população-alvo de cuidados prestados no âmbito do contexto da prática no Hospital Garcia de Orta, E.P.E., cujos resultados foram recolhidos em ambiente de Consulta de Peri-Parto (Questionário das expectativas das grávidas e respetivos companheiros) e no serviço de puerpério (Questionário das experiências das puérperas e respetivos companheiros).



### 3. EXECUÇÃO

A aquisição de competências de EESMO permite assumir a responsabilidade pelo exercício das áreas de intervenção disposto em Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio que veio substituir o Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro. Realça-se que este último era o que se encontrava em vigor na altura de se submeter o pré-projecto cujo parecer positivo permitiu a realização do presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional.

Tendo como referência as áreas de atividade de intervenção do novo regulamento: a) Planeamento Familiar e preconcepcional; b) Gravidez; c) Parto; d) Puerpério; e) Climatério; f) Ginecologia e g) Comunidade, demonstrar-se-á as competências desenvolvidas em cada contexto, destacando-se as unidades de competência alcançadas e respetivas atividades como critério de avaliação. A aprendizagem autónoma, supervisionada pela orientadora pedagógica teve como impulsionadores a curiosidade, a inquietação, a crítica e a necessidade premente de aprender cada vez mais sobre SMO. Do ponto de vista do desenvolvimento das competências de investigação, fundamentaram-se as práticas através da análise crítica de artigos científicos, obtidos da pesquisa em bases de dados como a EBSCO, a PubMed e a Cochrane, motivando a realização dos Jornais de Aprendizagem.

#### 3.1 AÇÕES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE SETE RIOS

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios realizaram-se consultas de Saúde da Mulher, no sentido de se cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar (saúde sexual e reprodutiva), período pré-concepcional, pré-natal, pós-natal e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. De entre as várias consultas, destacam-se 27, nas quais se aplicaram conhecimentos, validaram-se aptidões e desenvolveram-se competências em vigilância e prestação de cuidados à grávida. O acompanhamento das mulheres, nesta unidade, teve por base as orientações do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), que tem contribuído fortemente para a melhoria das práticas do EESMO, nos cuidados de saúde primários.

Existem alguns dados intimamente ligados às práticas dos enfermeiros, uma vez que são responsáveis pelo seu controlo, realização e incentivo, dada a proximidade com a população, como é o caso do Aleitamento Materno (AM). De entre as 27 consultas abordou-se o tema com as grávidas. A evidência científica demonstra a importância de uma abordagem prévia do tema,

encorajando a figura materna, sendo diretamente proporcional o nível de conhecimento e a probabilidade de a mulher vir a amamentar e/ou vir a interromper a amamentação precocemente (Balogun et al., 2016). Os últimos dados alusivos à adesão à amamentação reportam-se a 2014, dados esses que revelam uma evolução positiva de 20,6% de 1995/1996 e o último, de 32,3% na amamentação exclusiva aos 6 meses (Orfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014).

Como prova de sucesso dos cuidados prestados pelos enfermeiros são também, os resultados do Programa Nacional de Vacinação (PNV), e do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP). Relativamente ao PNV contribui-se para o seu sucesso através de educação para a saúde sobre a prevenção de algumas doenças transmissíveis (i.e., varíola, no país a poliomielite, difteria, tétano neonatal, sarampo, rubéola e rubéola congénita) e controlo de outras (i.e., doença invasiva pneumocócica, cancro do colo do útero e de outros cancros causados por Vírus do Papiloma Humano) (DGS, 2018). Foi também matéria de educação para a saúde, a recente introdução, da vacina combinada contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria em doses reduzidas, administrada preferencialmente entre as 20 e as 32 semanas de gestação (após a ecografia morfológica), conforme orientação nº 002/2016, de 15 de Julho.

O teste de fenilcetonúria (PKU) iniciou-se em 1979, trazendo desde então benefícios no sentido da prevenção de doenças. A implementação do PNDP, data o ano de 1993 e desde então tem-se promovido a deteção precoce e o tratamento de patologias potencialmente fatais, ou com elevada morbilidade nos recém-nascidos (o período médio entre o nascimento e a instituição terapêutica foi de 9,8 dias, no ano de 2016). A taxa de adesão foi superior a 99% (SNS, 2018b). Realizaram-se Testes de Diagnóstico Precoce a utentes do centro de saúde.

Ainda neste campo de estágio houve a oportunidade de se aplicar a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) a duas puérperas, uma com 1 mês e 12 dias de pós-parto e outra com 7 dias de pós-parto. Este instrumento adotado pelo SNS, existe na versão portuguesa desde 1996, embora não seja frequentemente aplicado (DGS, 2015). Justifica-se, porventura, um maior investimento neste aspeto, já que a depressão puerperal pode não ser facilmente identificável ou ser confundida como *Maternity-Blues* (Leitão, 2016).

Durante as seis semanas de ensino clínico foram realizados três Jornais de Aprendizagem (Apêndice D):

- Depressão. Uma doença transgeracional.
- Interrupção Voluntária da Gravidez.
- Depressão pós-parto.

### 3.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL DA CUF DAS DESCOBERTAS

No âmbito dos cuidados à puérpera e RN, o facto de o Ensino Clínico ter ocorrido numa unidade “polivalente”, permitiu uma outra visão do cliente privado. Assim foram desenvolvidas competências nesta área da Saúde Materna. De facto, o nível socioeconómico do cliente traz desafios e exigências diferentes. O funcionamento da equipa também regista diferenças comparativamente às instituições públicas, aspetos que a mestranda conhece já que exerce profissionalmente no meio privado.

Neste campo clínico assistiram-se 100 puérperas e 100 RN's. O AM foi um tema dominante já que a preocupação das mães com a alimentação do RN favorecia grande parte das vezes o uso da fórmula. No papel de mestranda e prosseguindo as orientações convencionais e mais recentes (Levy & Bértolo, 2012; WHO, 2018a), além do incentivo da supervisora, desenvolveu-se o conhecimento assentando nestes cuidados. Prevaleceram os cuidados às mamas e os ensinamentos do regresso a casa (i.e., aplicação da *checklist* da instituição). Desde o pós-parto imediato até ao momento da alta, os cuidados através do método individual de trabalho mais frequentes dirigiam-se à observação da involução uterina e eliminação de lóquios. No que diz respeito aos RN's foi feita avaliação estado ponderal, administração da primeira vacina (Hepatite b), observação dos seus reflexos, realização do Diagnóstico Precoce e acompanhamento à UCERN. Na UCERN prestaram-se cuidados a três recém-nascidos de risco. Para exemplo, houve preocupação com alguns aspetos nomeadamente o caso de um RN com aproximadamente 10% de perda do peso à nascença. Também se sinalizou à equipa de Neonatologia, pois verificou-se que o RN apresentava sinais de hiperbilirrubinémia (i.e., superior 4 a 5 mg/dL na face), conforme autores (Lantzy, 2019).

Nesta instituição realizaram-se consultas de saúde materna e obstétrica em contexto de cuidados primários, no sentido de se compreender todo o contexto e seguimento dos casais em fase gravídico-puerperal. Além das experiências descritas, acompanhou-se a EESMO que realiza a VD a um casal com gémeas de 19 dias. A VD, na fase do puerpério, é de suma importância na deteção de dificuldades sentidas pela mulher/família no regresso a casa (DGS, 2012).

No sentido de se concretizarem novas competências relativas ao que se experienciou, sentiu-se a necessidade de se redigir um Jornal de Aprendizagem (Apêndice D):

- “*Tin*” Hour.



### 3.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO

No Hospital do Barreiro, onde se deu o primeiro contacto com a Sala de Partos, realizaram-se 15 partos, sete dos quais foi realizada episiotomia com episiorrafia e cinco resultaram em períneos intactos. Foi feito o acompanhamento de dez díades e após a observação de ambos, foi feita a transferência para o serviço de puerpério. Além dos partos eutócicos realizados, algumas parturientes foram encaminhadas para o Bloco de Partos para realizarem cesariana segmentar transversa (CST), por paragem da progressão do TP ou por suspeita de sofrimento fetal.

Realizaram-se admissões no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia. Atuou-se em situações de hiperémese gravídica, confirmação de gravidez, dor aguda por endometriose, gravidezes ectópicas (administração de Metotrexato®) e encaminhamento de grávidas em risco de aborto, ou parto prematuro, para outras entidades hospitalares por falta de recursos (Neonatologia). Os momentos de aprendizagem incitaram a necessidade de refletir sobre alguns assuntos que geraram os Jornais de Aprendizagem abaixo descritos (Apêndice D):

- “Nascer” nos dias de hoje.
- A mulher no “comando” do parto.
- Mudar as atitudes dos outros através das nossas exigências.
- Uma “bela” forma de parir!

### 3.4 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ ALMEIDA

Neste serviço podem ter-se experiências de aprendizagem com condições com boas condições físicas, numa equipa jovem e coesa. A condução do TP dado o envolvente humano e físico ocorre, tanto quanto foi possível experienciar, de forma serena, tranquila e natural. Privilegiavam-se aqui as orientações da OMS (WHO, 2018b). Realizaram-se oito partos, dos quais cinco resultaram em lacerações de I e II grau e duas episiotomias com episiorrafia. Fez-se o acompanhamento do 4º estágio à puérpera, recém-nascido e companheiro. Esta fase puerperal, ou também chamado de período de *Greenberg*, é uma fase de fenómenos importantes nomeadamente a miotamponagem e trombotamponagem, manutenção do globo de segurança de *Pinnard*, ao mesmo tempo que ocorrem fenómenos na díade e na tríade, de vinculação (Coad & Dunstall, 2011). Da aprendizagem, nesta unidade surgiu o Jornal de Aprendizagem (Apêndice D):

- Trabalho de Parto.

### 3.5 AÇÕES DESENVOLVIDAS NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA

Na maior maternidade de Lisboa, realizaram-se 28 partos eutócicos e observou-se um gemelar monocoriónico/biamniótico. Dos partos realizados, acompanhou-se puérpera e RN durante o 4º estágio do TP, fazendo a transferência da díade para o puerpério. Dezassete dos partos resultaram em lesões de I e II grau, seis períneos intactos e nos restantes foram realizadas episiotomia com episiorrafia. A proteção do períneo com a Manobra de *Ritgen* foi uma preocupação já que a equipa desta instituição, na generalidade, vem desenvolvendo práticas de preservação conforme indicações da OMS (WHO, 1997, 2018b). Dada a perícia do supervisor clínico aplicou-se, sempre que possível, a Manobra de *Somersault*, visando a clampeagem tardia do cordão e os seus benefícios sustentados pela OMS (OMS, 2013).

Muito se aprendeu nesta maternidade, principalmente pelas dúvidas que surgiam, muitas incitadas pelo supervisor da prática clínica, outras pelo estado de dúvida, perplexidade e dificuldade que careceram de pesquisa e análise crítica. Das próprias práticas, ou das previstas pelas principais organizações pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (ICM, 2017; NICE, 2014; OE, 2015; WHO, 2018b) surgiu uma inquietação que levou à reflexão através dos Jornais de Aprendizagem (Apêndice D):

- Plano de Parto.
- 40º Parto... o Parto que o casal quis ter e o que tanto pedi para fazer.
- Orientação positiva vs. Aquisição de competências.

### 3.6 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

No serviço de grávidas e ginecologia do HGO-E.P.E., fez-se o acompanhamento de 40 grávidas de risco e 16 mulheres com afeções ginecológicas. Por ter uma grande variedade de patologias, quer de obstetrícia quer de ginecologia, corroborando estratégias de desenvolvimento pessoais, sentiu-se a necessidade de se construir um documento orientador. Assim, para receber o turno e planear cuidados adequados às necessidades de cada utente, utilizou-se o documento em Apêndice N. Foi assim possível instalar competências e desenvolver formas ponderadas e adequadas, de atuação.

Foi possibilitada a observação de Amniocenteses e ecografias, assim como a participação ativa nas consultas de Idade Materna, Diabetes Gestacional, Grávidas de Risco e

de Peri-parto. Neste âmbito realizaram-se 71 consultas com as mais diversas aprendizagens associadas. Em algumas destas consultas foram aplicados os Questionários realizados no sentido de se obterem dados sobre as expectativas da grávida/casal relativamente ao momento do nascimento. Por outro lado, no puerpério do referido Hospital, foram colhidos os dados das experiências da grávida/casal relativamente ao momento de nascimento que vivenciaram.

No âmbito das práticas preconizadas no serviço de Obstetrícia, desde as consultas ao internamento, houve um tema que suscitou muito interesse, o da Indução do TP, resultando num Jornal de Aprendizagem, assim como outro momento vivenciado que levou à realização de outro Jornal de Aprendizagem (Apêndice D):

- Fazer ou não o toque vaginal para controlo da evolução do Trabalho de Parto!
- Indução de Trabalho de Parto – atitude interventiva ou expectante?

A análise deste item carece da observação do Apêndice L. No sentido de reforçar, resumir e demonstrar as atividades realizadas, com o objetivo de alcançar o conjunto de competências clínicas especializadas (i.e., Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio), considerou-se a concretização da figura 31.

UNIDADE DE COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
<b>PLANEAMENTO FAMILIAR PRECONCECIONAL</b>	
1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	
1.1 Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do Planeamento Familiar e durante o período preconcepcional.	- Avaliação do peso, tensão arterial (TA) e Índice Massa Corporal (IMC); - Entrega de contraceptivos orais (ACO) e preservativos (masculinos e femininos) e respetivo ensino/reforço; - Encaminhamento para o Aparece, por fatores depressivos, de uma adolescente que recorria à UCSP com frequência para realização de Diagnóstico Imunológico de Gravidez (DIG) (Apêndice D– 1º Jornal de Aprendizagem); - Orientação de intervenções para proteção da saúde e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Ex. Utente com alterações cromossómicas, histeretomizada, cujo parceiro sexual é ex-toxicod dependente. Entregues preservativos e reforçados ensin os sobre a utilização dos mesmos;
1.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	- Registos em Boletim de SR/PF e SClínico®.
1.3 Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	
<b>GRAVIDEZ</b>	
2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.	



<p>2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p> <p>2.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p> <p>2.3 Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação dos exames realizados (análises – Norma DGS nº 37/2011 e ecografias);</li> <li>- Peso (aumento ponderal), TA e observação de edemas (não fisiológica);</li> <li>- Exame sumário da urina;</li> <li>- Auscultação dos Batimentos cardio-fetais (BCF);</li> <li>- Medição da Altura do Fundo Uterino (AFU);</li> <li>- Orientação para a vacina contra a tosse convulsa, tétano e difteria (Orientação DGS - nº 002/2016 de 15 de Julho);</li> <li>- Confirmação de fator RH das grávidas e do cônjuge;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D (Circular normativa DGS nº 2/DSMIA, 15/01/07), e respetivo registo no sistema informático e BSG;</li> <li>- Ensinos sobre alimentação, cuidados à pele, vestuário, métodos de relaxamento e transição para a parentalidade;</li> <li>- Feitos ensinos sobre o que levar para a maternidade, cadeira de transporte do RN, amamentação, sinais e sintomas de risco e de início de trabalho de parto, Diagnóstico Precoce (Norma DGS nº 012/2017), sobre o período de puerpério e movimentos fetais de Cardiff. (OE, 2015)</li> <li>- Atualização, e registo no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e respetivo registo Informático de todos os focos em sistema SClinico®.</li> <li>- Acompanhamento e administração de fármacos para IVG por gravidez ectópica (Metotrexato®);</li> <li>- Encaminhamento no processo de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) (Circular normativa: Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de abril, Nº: 11/SR e Circular Informativa: Modelo Normalizado do Consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez, Nº: 20/SR) (Apêndice D – 2º Jornal de Aprendizagem).</li> </ul>
<p><b>PARTO</b></p> <p>3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.</p>	
<p>3.1 Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p> <p>3.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido.</p> <p>3.3 Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitantemente com a gravidez e/ou com o TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação ativa nos cuidados à grávida em processo de Indução de Trabalho de Parto (Apêndice D – 4º e 10º Jornais de Aprendizagem);</li> <li>- Participação na execução de aplicação de medidas farmacológicas (analgesia endovenosa, epidural e sequencial);</li> <li>- Avaliação da evolução do TP através da Monitorização Fetal Externa, Interna, cervicometria e medidas observacionais dos comportamentos da parturiente (Apêndice D – 7º Jornal de Aprendizagem);</li> <li>- Realização de partos eutócicos e participação em partos distócicos;</li> <li>- Realização de episiotomia, episiorrafias e perineorrafias, manobra de <i>Ritgen</i> e de <i>Somersault</i>;</li> <li>- Identificação e monitorização de desvios à gravidez fisiológica, fazendo-se o devido encaminhamento das situações que iam além da área de atuação, como na situação de Início de Trabalho de Parto Pré-termo por Ruptura Prematura de Membranas (RPM) (Apêndice D – 9º Jornal de Aprendizagem) e Assinclitismo (Apêndice D – Jornal de Aprendizagem);</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliada a prática através da reflexão crítica, com base nos Dez passos da Assistência Amiga da Mãe (CIMS, 2015), do Manifesto do Parto Ativo (Balaskas, 2017) (Apêndice D – 5º Jornal de Aprendizagem) e do preconizado pela OMS (WHO, 2018b) (Apêndice D – 6º Jornal de Aprendizagem);</li> <li>- Acompanhamento e tentativa de concretização das expectativas do casal face ao momento de nascimento, através da realização verbal de Planos de Parto (Apêndice D – 12º Jornal de Aprendizagem) e Planos de Parto escritos;</li> <li>- Registos em Boletim de Saúde da Grávida e SClínico®.</li> </ul>
<b>PUERPÉRIO</b>	
4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	
<p>4.1 Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p> <p>4.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p> <p>4.3 Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do peso e TA;</li> <li>- Acompanhamento da puérpera (Involução uterina; eliminação de lóquios) e RN (adaptação ao meio extrauterino, identificação de Síndrome de Depressão Respiratória (SDR) - em contexto de internamento do puerpério;</li> <li>- Encaminhamento de situações de desvio de saúde no RN que vão além das competências do EESMO (sinalização da hiperbilirrubinémia e perda de peso do RN, à equipa de Neonatologia);</li> <li>- Entrega de contraceptivos;</li> <li>- Ensinos sobre a sexualidade;</li> <li>- Avaliação/orientação sobre os cuidados ao Recém-nascido (RN);</li> <li>- Amamentação/Alimentação RN;</li> <li>- Observação/orientação sobre a Transição para a Parentalidade, desenvolvendo-se educação para a saúde através de um método individual de trabalho (enfermeiro-mulher/família) e aplicação de <i>checklist</i> da instituição (Cuf Descobertas);</li> <li>- Aplicação de entrevista pré-natal para a Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (Escala de Depressão de Edimburgo – EPDS) e referenciação para consulta de psicologia por score &gt; 12.</li> <li>- Reflexão crítica face ao período de puerpério (Apêndice D – 11º Jornal de Aprendizagem);</li> <li>- Registos feitos em Gestão Hospitalar da <i>Glinnt</i>.</li> </ul>
<b>CLIMATÉRIO</b>	
5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.	
<p>5.1 Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.</p> <p>5.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.</p> <p>5.3 Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações sobre o Rastreio do colo do útero;</li> <li>- Avaliação do peso e TA;</li> <li>- Ensinos sobre o período de climatério e menopausa (SPG, 2016).</li> </ul>

### GINECOLOGIA

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

6.1 Promove a saúde ginecológica da mulher.

6.2 Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

6.3 Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.

- Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade. Ex. Dispareunia de uma senhora que teve um parto distócico com fórceps e ventosas). Identificada situação e sinalizada à Médica de Família para posterior encaminhamento e melhoria das queixas;
- Prestação de cuidados à mulher no pós-operatório de Histerectomia, colporrafia, ooforectomia e por doenças inflamatórias pélvicas (DIP);
- Registos em plataforma informática SClinico®.

### COMUNIDADE

7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil inserido na comunidade).

7.1 Promove a saúde do grupo alvo.

7.2 Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.

7.3 Intervém na minimização das causas de morbimortalidade materno-fetal.

- De forma transversal, ao se atuar na mulher, e nos seus comportamentos, concretiza-se e promove-se para a saúde da população;
- Promoção e aconselhamento sobre o PNV;
- Participação na realização de colposcopias e citologias para despiste do cancro do colo do útero.

**Figura 31** Avaliação das atividades que visam o alcance dos objetivos.

#### **4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

Previamente ao presente relatório, foi submetido aos Serviços Académicos da Universidade de Évora a proposta de Projeto de Relatório Final sobre o desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional (i.e., artigo 3º do despacho nº 90/2018, de 26 setembro da UÉ). Com aval positivo (Apêndice A). Nele constavam atividades, resultados esperados e respetivo processo de avaliação, definidos com base no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio.

Em saúde materna, a obtenção de competências instrumentais, relacionais e de investigação, enfatizam comportamentos positivos, sensibiliza as equipas de saúde, promove boas práticas baseadas na evidência e capacita os envolvidos. Os enfermeiros como facilitadores da comunicação e interpretação em saúde, carecem de competências específicas para empoderar as mulheres/sociedade (ICM, 2017; OE, 2015). Enfermeiros/EESMO capacitados levam a comunidades transformadas (ICM, 2014a). As relações de parceria são mutuamente fortalecedoras e daí ser fundamental a negociação, equidade, partilha de responsabilidade, empoderamento, promoção de escolhas informadas e consensuais entre os EESMO e a mulher, enquadrada numa sociedade, numa família. A aplicação da teoria na prática e respetiva fundamentação com base em reflexões críticas contribuíram para a aprendizagem autónoma, para o desenvolvimento de capacidades individuais no acesso e tratamento da informação necessária à prestação de cuidados informada. Conquista-se autonomia, não só profissional, como também a nível pessoal e social (Delors, 1996).

A avaliação do processo de aquisição de competências constitui-se num momento mediador, fundamental e integrante do processo de aprendizagem. Atribui-se uma apreciação dos resultados obtidos face aos esperados inicialmente. Deste modo permite deparar-se com os progressos, as dificuldades e reorientar, em caso de necessidade, as atividades ou intervenções planeadas. Segue-se então a avaliação dos objetivos, da implementação das atividades e descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas.

##### **4.1 DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

De um modo geral, concretizaram-se as atividades perspetivadas. Destacam-se as que promoveram um parto natural, experiências positivas de parto, as que contribuíram para uma mulher e recém-nascido saudável, num ambiente de harmonia em casal. Isto é, as boas práticas que foram ao encontro do que a OMS, a NICE, a DGS, a Associação Portuguesa de Enfermeiros

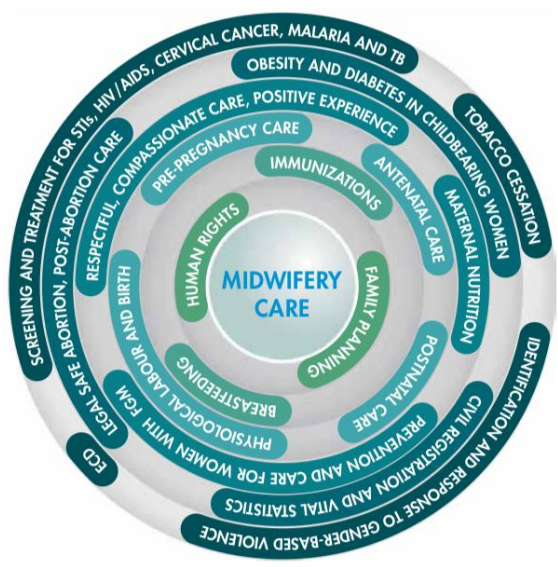


Obstetras (APEO), a ICM e que, a UNICEF defendem como sendo as que visam uma maternidade segura. Sem menosprezo, releva-se a importância de aquisição de cada tipo de prática. Todas contribuíram para a construção da atitude de EESMO, que mais se coaduna com a conduta de vida da mestranda, valores e forma de estar (WHO, 2019). Segue-se a avaliação individual dos objetivos delineados:

**1º OBJETIVO** – Alcançar as competências do EESMO necessárias à assistência à mulher inserida na sociedade, conforme o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, na implementação das últimas orientações (CIMS, 2015; DGS, 2015; WHO, 2018a, 2018b).

**Avaliação:** Remetendo-se às atividades delineadas para atingir o objetivo correspondente à vertente clínica, depreende-se que as estratégias utilizadas foram alcançadas com sucesso. O desenvolvimento de várias atividades, a partilha com as equipas, de forma informal, e em congressos, através de pósteres e comunicações dos ganhos obtidos da prática clínica, contribuíram para o alcance dos resultados esperados, isto é, do objetivo perspectivado.

A reflexão crítica utilizada durante a clínica e na execução do presente relatório consiste



**Figura 32** Intenção da educação e assistência em obstetrícia (WHO, 2019)

numa metodologia valorizada no ensino-formação na área de saúde, sustentando o desenvolvimento e aquisição de competências (Persson et al., 2018).

O impacto da assistência obstétrica de boa qualidade reflete-se não só, na redução da morbimortalidade materna e dos recém-nascidos (incluindo os prematuros), como também na obtenção de experiências positivas de parto. O seu mote deve partir das orientações da OMS, como: a) proporcionar o cumprimento e superação das expectativas da mulher; b) promover o nascimento de bebés saudáveis, num ambiente seguro;

c) permitir a presença de um ou mais companheiros de nascimento; d) assim como proporcionar um acompanhamento clínico tecnicamente competente (WHO, 2018b). A maioria dos cuidados que as mulheres recebem nesta fase é oferecida, inicialmente, por EESMO através dos cuidados de saúde primários (figura 30). São eles os principais responsáveis pelo acompanhamento da mulher com gravidez de Baixo Risco (OE, 2015). Contudo, na realidade portuguesa os EESMO, embora tenham competências desenvolvidas para tal, não podem prescrever



exames nem medicação (Parecer n.º 05/2011 – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Como tal prevalece o modelo de cuidados liderados por médicos especialistas em que o médico lidera e a responsabilidade pela prestação de cuidados é partilhada pelos diversos profissionais da equipa. Embora se procure investir nesta área, no que diz respeito à qualidade prestada nos cuidados, segundo as últimas orientações e com vista à promoção de nascimentos positivos, os últimos estudos demonstram que a má qualidade do atendimento atual constitui uma barreira maior à redução da mortalidade do que o acesso insuficiente aos cuidados (Kruk et al., 2018). Por este motivo o número de EESMO deve aumentar no sentido de se garantir a equidade de acesso e a qualidade do atendimento e mudar-se o modelo de cuidados liderados por enfermeiros parteiros (WHO, 2019). Apela-se que o ano de 2020 (Ano Internacional da Enfermeira e da Parteira) seja um marco na saúde, a fim de se cumprir a promessa de Cobertura Universal em Saúde, sendo os enfermeiros e parteiras a “chave” para o alcance desse objetivo. Há quem sugira que o aumento da compreensão do público sobre quem são os enfermeiros ajudará a assegurar que o legado de 2020 continuará por vários anos (WHO, 2020). Com este propósito a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica emitiu o parecer nº 43/2019 que sugere o cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O investimento a fazer neste sentido proporcionará a redução de intervenções caras (cesariana e episiotomia) e melhorará, de forma positiva, a experiência no atendimento à mulher. A qualidade das práticas em saúde obstétrica, está intimamente ligada à taxa de cesarianas e de episiotomias e a esperança da sua redução associada à presença dos EESMO nos cuidados à mulher durante a gravidez, trabalho de parto, parto, pós-parto (puerpério) uma vez que a sua filosofia corrobora o proposto pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2014a).

Durante o próprio processo de aprendizagem a mestranda foi incentivada a fazer a autoavaliação no último Ensino Clínico. Após o preenchimento do documento de avaliação oficial da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, o supervisor clínico solicitou que o revê-se e a justificasse. Para tal foi desenvolvido um cronograma com as competências, nota que era atribuída a cada uma e a proposta de intervenções a desenvolver para a sua melhoria (Apêndice O). Considerou-se pertinente esta justificação na medida em que a perceção que se tem de uma determinada situação pode nem sempre ir ao encontro dos objetivos da mesma. Uniformizar os itens de avaliação e delinear atividades para a sua superação, contribui para a aquisição, não só das competências académicas como também na capacidade de se auto analisar, colocando-se em causa.

Resumindo, o disposto acima confere à avaliação uma conotação positiva face à avaliação dos resultados obtidos, ou seja, considera-se atingido positivamente o 1º objetivo.

**2º OBJETIVO** – Descrever as expectativas e experiências de assistência aos casais que enfrentam a maternidade, percebendo-se o contributo na elaboração do PP neste âmbito, através da aplicação de instrumento de recolha de dados.

**Avaliação:** Esta fase do projeto teve uma relevância especial para a mestranda, na medida em que permitiu dar voz às mulheres/casais no sentido de se promover melhor qualidade no atendimento a todos. Contribuiu-se de forma significativa para a presença dos direitos nas mulheres, RN's e suas famílias, com o foco na consolidação da promoção da educação em obstetrícia. Destaca-se assim, a importância da educação dos profissionais de saúde (aprendizagem interprofissional), para o que as mulheres e RN's necessitam. Como tal, nada como obter diretamente junto das mulheres que recorrem aos serviços portugueses o que pretendem, necessitam e desejam. Pois, mesmo quando se está perante uma gravidez de alto risco, o papel do EESMO continua a ser o de permanecer junto à mulher e RN, na continuação de prestação de cuidados, vulga-se, em complicações e emergências obstétricas.

A amostra que representa parte da população-alvo de cuidados de saúde é composta por 58 casais, dos quais 41 vivenciam o período gravídico e 17 a fase puerperal, com idades compreendidas entre os 18 e os 51 anos. Prevalece a vida conjunta, com a representação de 32.8% casados e 39.7% em união de facto, sendo que em 79.3% dos casais trata-se do primeiro filho. 81% das mulheres estão empregadas e a maioria são licenciadas (29.3%).

Grande parte das grávidas deseja ter um parto natural/espontâneo (95.1%), valorizando positivamente a presença do pai durante o parto (96.6%). Quanto ao Curso Pré-Natal, 60% das grávidas frequentou-o e 69% sabia o que era o Plano de Parto.

Relativamente às puérperas 58.8% frequentou a Classe Pré-Natal, 94.1% consideraram importante a presença do pai e 70.6% sabia o que era o PP. Destas 16.7% redigiu e entregou-o. A maioria das mulheres referiu que a origem do conhecimento sobre a existência e função do PP fora no Curso Pré-Natal (51.2%) seguindo-se das enfermeiras da consulta (23.2%).

Da aplicação da versão do *Childbirth Expectation Questionnaire* (CEQ) verificou-se que as expectativas das 41 grávidas (M=147.12; DP=13.68) era aproximada à média das dos seus companheiros sexuais (M=147.46; DP=12.45), com amplitude entre 120 e 171 (*score* entre 37 e 185). Uma maior expectativa do momento de nascimento estava associada ao facto de terem redigido um PP (nove grávidas) e já terem tido um primeiro filho, comparativamente às que experienciavam a maternidade pela primeira vez.

Ao observar os resultados nas variáveis manifestas, das grávidas, observa-se que as respostas tendem a ser positivas. Sugere-se assim que estavam confiantes. Relativamente aos resultados nas variáveis manifestas, dos companheiros, observa-se que as respostas tendem a ser, igualmente, positivas. Sugere assim que os parceiros sexuais das grávidas se encontravam confiantes face ao momento de nascimento. Juntamente com os respetivos companheiros, as grávidas, valorizavam mais o Apoio do Parceiro e o Ambiente de cuidados, para o momento de nascimento (Apêndice M).

A média das experiências das 17 puérperas ( $M=122.00$ ;  $DP=12.51$ ), com amplitude 122 a 169, é mais elevada que a média das expectativas dos seus parceiros sexuais ( $M=115$ ;  $DP=13.01$ ), com amplitude entre 115 e 165. Neste grupo, embora tenham existido apenas dois casos que entregaram o PP, observou-se uma média de experiências mais elevada, comparativamente àquelas que não o entregaram. Salienta-se o facto de que uma teve parto por fórceps/ventosa e a outra por cesariana. Tal situação repete-se nas experiências dos homens, cujas mulheres entregaram o PP, verificando-se uma média de experiência mais elevada do que em relação aos que as mulheres não o entregaram.

Na observação dos resultados nas variáveis manifestas das puérperas, constata-se a positividade nas suas experiências de parto, assim como nos seus companheiros. Sugere-se que ambos tiveram experiências satisfatórias face ao momento de nascimento valorizando as dimensões do Apoio dos Prestadores de Cuidados e do Parceiro, neste momento (Apêndice M).

Como limitações ao desenvolvimento das competências e alcance dos objetivos definidos realça-se a necessidade de dominar melhor as plataformas de registo de cuidados (i.e., SClinico), apesar de no fim do Ensino Clínico ter-se considerado que esta dificuldade fora ultrapassada. Quanto às limitações da vertente da temática realça-se o reduzido tamanho da amostra de conveniência para ser possível interpretar associações entre as variáveis, além de não se poderem retirar conclusões dos resultados obtidos com o fim a se conhecerem as expectativas dos casais relativas ao momento de nascimento. Pretendia-se saber mais sobre o que esperam os casais, no sentido de o EESMO se aproximar destes e lhes proporcionar o desejado, em detrimento das rotinas e obrigações institucionais, promovendo-lhes experiências positivas.

Sendo a gravidez de baixo risco da competência dos EESMO, e sendo este um fenómeno tendencialmente natural e fisiológico, o facto de se promover a disseminação do conhecimento neste grupo de profissionais, sobre o que os casais portugueses pretendem, além de todas as



recomendações das organizações nacionais e internacionais, permitirá propagar a imagem de proximidade dos EESMO e os seus efeitos na promoção de gravidezes e partos felizes.

A reduzida amostra deve-se ao facto de se direccionar o estudo a casais. Muitos dos questionários colhidos não puderam ser utilizados em virtude de só terem respondido as mulheres. Nas puérperas, além da anterior explicação, o facto de nas CST de urgência o homem não poder estar presente levou a que, nestes casos, os companheiros não preenchessem o instrumento de recolha de dados. Só em jeito de curiosidade colheram-se 187 questionários e só foram utilizados os dados de 116 (62%). A demora da aprovação para estes serem aplicado, por parte da Comissão de Ética do HGO, E.P.E., contribuiu também no número de questionários obtidos. Contudo, embora o número de questionários tenha sido reduzido, ficou a curiosidade de verificar o tipo de partos que as mulheres que entregaram o PP acabam por ter. Isto porque em termos da prática clínica, observou-se empiricamente que as mulheres que entregaram um PP e apresentavam uma atitude mais firme perante os cuidados propostos, vinham a vivenciar trabalhos de parto e parto mais instrumentalizados e manipulados. O que foi curioso verificar que as duas puérperas que tinham entregue este documento, vieram corroborar desta ideia. Uma teve cesariana e a outra um parto por ventosa/fórceps. O que não significa que assim seja, até porque a amostra é demasiado diminuta.

Face à temática, considera-se reduzida a amostra de conveniência para que seja possível interpretar associações entre variáveis. Como tal, além de ficar em aberta a continuação da recolha de dados para posterior divulgação, fica também a proposta de um novo questionário, mais completo ao nível da forma como a mulher pretende gerir (ou geriu) a dor em TP e parto, que poderá ser utilizado em projetos futuros (Apêndice P).



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção do grau de Mestre na área da Saúde Materna e Obstétrica pela Universidade de Évora, reveste-se de exigências curriculares, no sentido do desenvolvimento competências. As unidades curriculares da formação teórica, concentrando as matérias reconhecidas pela Diretiva Europeia, ofereceram o conhecimento, que se colocou em prática, na experiência clínica.

A experiência clínica e da investigação aplicada neste âmbito, resultou no atual relatório, no sentido de demonstrar a aquisição de competências, à luz do pressuposto pela Ordem dos Enfermeiros. O documento revelou o percurso nos diferentes contextos da prática, enunciou a metodologia e as suas várias estratégias. A reflexão crítica sobre as práticas e/ou temas de interesse, foi porventura o exercício que maior benefício trouxe ao raciocínio clínico na área da especialidade. A supervisão, por outro lado, ofereceu as oportunidades de maior perícia, tanto pela observação na fase de integração e exercício de treino, como ainda pela crítica construtiva. Também na prática clínica, a sustentação na evidência científica foi uma preocupação estimulada pela orientadora pedagógica, comprovada pelos supervisores e sobretudo verificada pela mestranda. No que respeita à temática investigada, as ideias conclusivas, remetem para um mote fundamental: os procedimentos devem-se centrar na mulher e não na tecnologia ou documentação vigente.

Sendo a maternidade um evento normal no ciclo de vida do Homem, está a ser percecionada pela mulher/casal como uma situação de desvio da saúde. As intervenções tornaram-se necessárias e aceites uma vez que se rotinizaram as práticas hospitalares para se fazerem cumprir objetivos e darem-se respostas às exigências dos serviços, fazendo esquecer a responsabilidade humana sobre aquele momento, cujo desfecho e memórias influenciarão e se refletirão o resto da vida da mulher/casal.

Permanece, no fim deste relatório, a vontade de investir em maiores e melhores competências sobre a Revisão da Literatura, continuar a desenvolver a temática que tanto interesse mantém na mestranda, no sentido de perpetuar o desenvolvimento das competências cruciais à prestação de cuidados que visem um nascer cada vez mais positivo. E, quem sabe, pensar em atingir outro nível de formação, nomeadamente, o doutoramento.

Em suma, pretende-se, então, cumprir o que a Ordem dos Enfermeiros preconiza como sendo o escopo de atuação do EESMO. Ou seja, a promoção do parto normal, com grande enfoque no parto natural, reforçando a evidência científica. De facto, a maior satisfação da

mulher está associada a uma experiência de parto natural e principalmente, ao tipo de assistência que lhe é prestada. A experiência de parto positiva para a mulher, é também para o próprio EESMO, uma forma de concorrer para um Nascer (mais) Positivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, V. H., Alves, P. M. S., & Padoin, S. M. d. M. (2016). A tecnicização e a prática do cuidado ao parto: uma abordagem fenomenológico a partir de Husserl. *Texto & Contexto Enfermagem*(25). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001750015>
- APA. (2019). APA Style. Retrieved from <http://www.apastyle.org/index.aspx>
- APDMGP. (2015). O Plano de Parto ou Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto. In.
- Balaskas, J. (2017). Parto Ativo. In: 4 Estações Editora.
- Balogun, O. O., O'Sullivan, E. J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C. D., . . . MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD001688. doi:10.1002/14651858.CD001688.pub3
- Biescas, H., Benet, M., Pueyo, M. J., Rubio, A., Pla, M., Pérez-Botella, M., & Escuriet, R. (2017). A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 13, 41-50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.006>
- CIMS. (2015). Mother-Friendly Childbirth Initiative - Consensus&#x9;Initiative&#x9;from the&#x9;Coalition&#x9;for&#x9;Improving&#x9;Maternity&#x9;Services. In.
- Coad, J., & Dunstall, M. (2011). Anatomy and Physiology for Midwives. *Edinburgh: Elsevier*.
- Delors, J. (1996). *Educação, um Tesouro a Descobrir*. Porto: ASA
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS. (2012). Saúde Infantil e Juvenil - Programa Nacional. In. Lisboa.
- DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. In. Lisboa.
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Portugal
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Imezoglu, A. M. G. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*.
- ERS. (2018). Histórico do rating do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. In.
- Estrela, A. (1990). *Teoria e prática de observação de classes. Uma estratégia de formação de professores*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Euro-Peristat. (2018). Better statistics for better health for pregnant women and their babies. Retrieved from <https://www.europeristat.com>
- FAME. (2008). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. In (Tradução APEO ed.).
- FAME. (2009). Iniciativa Parto Normal - Documento de consenso. In A.-A. P. d. E. Obstetras (Ed.). Loures.
- ICM. (2014a). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. The Netherlands Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- ICM. (2014b). Role of the Midwife in Research. In. Holanda.
- ICM. (2017). International Definition of the Midwife. In. The Netherlands.
- INE. (2019). *Estatísticas da Saúde - 2017*. Lisboa
- Kao, B.-C., Gau, M.-L., Wu, S.-F., Kuo, B.-J., & Lee, T.-Y. (2004). A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 191-202.



- Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., & Roder-DeWan, S. (2018). *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*.
- Lantzy, A. (2019). Hiperbilirrubinémia neonatal. Retrieved from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/distúrbios-metabólicos,-eletrol%C3%ADticos-e-tóxicos-em-recém-nascidos/hiperbilirrubinemia-neonatal>
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). Lisboa.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Maneesriwongul, W., & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*(48), 175-186. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x
- NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Reino Unido Retrieved from [nice.org.uk/guidance/cg190](https://www.nice.org.uk/guidance/cg190)
- OE. (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.
- OE. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In. Lisboa.
- OE. (2019). Plano de Parto - Escolhas que marcam a vida... Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11951/af\\_aleitamentomaterno\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11951/af_aleitamentomaterno_vf.pdf)
- OMS. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2)
- OPSS. (2018). *Meio Caminho Andado - Relatório da Primavera 2018*.
- OPSS. (2019). *Saúde. Um Direito Humano - Relatório de Primavera 2019*.
- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). *Registo do Aleitamento Materno - RAM* Lisboa
- Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal Midwifery and Women's Health*, 48(2), 119-125.
- Persson, E. K., Kvist, L. J., & Ekelin, M. (2018). Midwifery students' experiences of learning through the use of written reflections - An interview study. *Elsevier*(30), 73-78. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.005>
- Pinheiro, M. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42(6), 319-331.
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Pontes, M. G. d. A., Lima, G. M. B., Feitosa, I. P., & Trigueiro, J. n. V. S. h. (2014). Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Revista das Ciências da Saúde Nova Esperança*(12), 69-78.
- PORDATA. (2017). Quantas mulheres morrem devido à gravidez ou após o parto, por cada 100.000 nascimentos? Retrieved from <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+materna-619>



- PORDATA. (2018a). Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução. In. PORDATA. (2018b). Quantas mortes há por casa 1.000 residentes? Quantas crianças morrem com menos de um ano de idade por cada 1.000 nascimentos? Retrieved from <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>
- PORDATA. (2018c). Quantos bebés nascem por cada 1.000 habitantes? Retrieved from <https://www.pordata.pt/MicroPage.aspxDatabaseName=Portugal&MicroName=Taxa+bruta+de+natalidade&MicroURL=527&>
- Schon, D. (1991). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Simon, D., & Abrams, V. (2006). *Corpo, mente e espírito - Na gravidez e no parto* (E. Presença Ed.). Lisboa.
- SNS. (2018a). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Retrieved from <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=-no de partos&q=&refine.tempo=2018%2F12>
- SNS. (2018b). Retrato da Saúde 2018. In (Ministério da Saúde ed.). Lisboa.
- SNS. (2019). Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários - UCSP Sete Rios. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3113800/Pages/default.aspx>
- SPG. (2016). Consenso Nacional sobre a Menopausa. In. Lisboa.
- Vieira, F. (1993). *Supervisão: Uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto: Edições Asa.
- Whitford H, H. E. (1998). Women's perceptions of birth plans. In (Vol. 14(4), pp. 248-253). Midwifery.
- WHO. (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth. In (Vol. 24(2), pp. 121-123).
- WHO. (2002). Standards for maternal and neonatal care. Birth and emergency preparedness in antenatal care. In (pp. pp.6). Genebra.
- WHO. (2018a). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised*
- BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE*. Geneva, Switzerland Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>
- WHO. (2018b). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). *Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action*. Geneva Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324738/9789241515849-eng.pdf?ua=1>
- WHO. (2020). Year of Nurse and the Midwife 2020. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Proposta de Projeto de Estágio de Natureza Profissional e respetivo comprovativo de submissão de projetos

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado  <b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	<b>MODELO T-005</b>  Ano Letivo: 2018 / 2019
	<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b>  <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado  Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):     Data: _____ Assinatura: _____	
<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)</b>     Data: _____ Assinatura: _____		
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>  Nome Completo: <u>Cláudia Catarina Granjo Agostinho</u> Número: <u>40910</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Especialidade: _____ Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>  Telef.: <u>961073843</u> E-mail: <u>carla_catarina@hotmail.com</u>		
<b>5. PROPOSTA</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. TÍTULO DO TRABALHO</b>  Título em Português:  <b>Nascer Positivo. Expectativas/Experiências de primigrávidas/primíparas e seus companheiros sobre o nascimento</b>     Título em Inglês:  <b>Positive Birth. Expectations/Experiences of primigravida/primiparous and their partners about childbirth</b>		



<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese <b>Formato da Tese:</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____						
<b>9. ORIENTAÇÃO</b> <i>(Anexar declaração(ões) de aceitação)</i> Nome: <u>Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim</u> Universidade/Instituição: <u>Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> N.º Identificação Civil: <u>04857663</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>93 617 15 17</u> E-mail: <u>msimsim@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-0028-2664</u> <hr/> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____    Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____    E-mail: _____    ID ORCID: _____ <hr/> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____    Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____    E-mail: _____    ID ORCID: _____							
<b>10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b> Área Disciplinar (Área FOS) <i>(ver Anexo 1):</i> <u>Ciências da Saúde</u> Palavras-chave <i>(5 palavras):</i> <u>Primípara, Primigrávida, Plano de Parto, Expectativas, Nascimento</u>							
<b>11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b> Descrever as perspetivas dos casais sobre o nascimento <div style="height: 40px; border: 1px solid black;"></div>							
<b>12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> <u>Em anexo.</u>							
<b>13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> <div style="height: 40px; border: 1px solid black;"></div>							
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</i> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE</b> Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. <b>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado</b> (título, orientador, língua, etc.) <b>procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;">Data _____</div> <div style="width: 45%; text-align: center;">Assinatura _____</div> </div>						
<b>16. RESERVADO AOS SERVIÇOS</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           Receção  <small>(Data e Assinatura)</small> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           Registo  <small>(Data e Assinatura)</small> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           Observações:         </td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:			
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:					

13. PLANO E CRONOGRAMA			
PLANO DE ATIVIDADES – PREPARAÇÃO DO PROJECTO			
LOCAL	ATIVIDADES	Resultados Esperados	Processo de avaliação
VERTENTE CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NO PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL E GRAVÍDICO	<u>Realização</u> de consultas de Saúde Sexual, Reprodutiva e Planeamento Familiar.	Promoção, Diagnóstico, Provisão de Cuidados na saúde da mulher durante o período pré-concepcional (H1.1).	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boletim de SR/PF;</li> <li>• Boletim da Grávida;</li> <li>• Sistema computacional;</li> <li>• Protocolos próprios.</li> </ul> Registos validados por professor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão da aprendizagem.</li> </ul>
	<u>Identificação</u> de situações de risco colaborando em regime de proximidade.	Diagnóstico precoce e acompanhamento de situações complexas no período pré-concepcional (H1.2).	
	<u>Informação</u> sobre riscos potenciais na gravidez em caso de doença crónica (HTA; DM; Asma; Epilepsia, Doenças Auto-imunes, etc).	Provisão de cuidados e orientação para, em disfunções sexuais, infertilidade e IST (H1.3).	
	<u>Realização</u> de consultas / assistência Pré-Natais conforme Plano e programas da Direção Geral de Saúde (DGS).	Diminuição de complicações por doença, na mulher e feto (H1.3).	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boletim de SR/PF;</li> <li>• Boletim da Grávida;</li> <li>• Sistema computacional;</li> <li>• Protocolos próprios;</li> <li>• Conforme Diretiva 89/594/CEE.</li> </ul> Registos validados por professor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão da aprendizagem.</li> </ul>
	<u>Identificação</u> de sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal e encaminhamento para as entidades especializadas.	Promoção da saúde no período pré-natal (H2.1).	
	<u>Realização</u> do protocolo de atenção à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) conforme orientações DGS.	Orientação para o Curso de Preparação para o Nascimento e, apoio ao casal na elaboração do Plano de Parto (H2.1).	
VERTENTE DE PESQ/ P <sup>a</sup> COMPET. DE INVESTIGA/	<u>Aplicação</u> o instrumento de recolha de dados a primigrávidas e companheiros.	Diagnóstico e prevenção de complicações no período pré-natal (H2.2).	Registos curriculares validados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE).</li> </ul>
		Promoção da saúde em situação de aborto (H2.1)	
VERTENTE CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NO PERÍODO PERI-PARTO	Participação na admissão, entrevista, observação e TP.  <b>Atuação perante a mulher em TP colocando-a no centro da decisão.</b>	Diagnóstico e prevenção de complicações em situação de aborto (H2.3).	Validação com supervisor clínico e docente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos e contexto de recolha de dados.</li> </ul> Validação da supervisora quanto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo MFCL, e recomendações OMS 2018;</li> <li>• Registos no sistema.</li> </ul> Validação do docente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatos de experiência clínica.</li> </ul> Registos curriculares: <ul style="list-style-type: none"> <li>• N<sup>o</sup>/tipo partos (Diretiva 89/594/CEE).</li> </ul>
		Garantia dos aspetos legais e recomendações OMS (Plano de Parto; Partograma; Acompanhante; Método de assistência, etc).	
		Realização da assistência efetiva no TP (H3.1).	
		Promoção da saúde durante o TP e otimização da adaptação do Recém-nascido (RN) à vida extrauterina (H3.1).	
		Diagnóstico e prevenção de complicações para a mulher e RN (H3.2).	
VERTENTE DE PESQ/ P <sup>a</sup> COMPET. DE INVESTIGA/	<u>Recolha</u> de dados em primigrávidas de manifestações corporais do TP.	Provisão de cuidados em situação de patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com TP (H3.3).	Validação teórico-empírica dos traços corporais da mulher em TP.
		Criação de <i>checklist</i> para registo de manifestações corporais da progressão do TP.	

VERTEnte CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NOS PERÍODOS: PARTO & PUERPERAL	<u>Realização</u> de cuidados à diade/tríade no puerpério.	Promoção da saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.1).	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletim de SR/PF;</li> <li>Sistema computacional;</li> <li>Protocolos próprios;</li> <li>Recomendações na alimentação, higiene, vigilância de saúde etc.;</li> <li>Aleitamento materno e progressão ponderal;</li> <li>Escala de Edimburgo.</li> </ul> Registos validados por professor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão da aprendizagem.</li> </ul>
	<u>Realização</u> de consultas entre a 4ª e a 6ª semanas pós-parto.	Diagnóstico e prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.2). Provisão de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.3).	
	<u>Realização</u> de consultas no puerpério precoce (até 15º dia pós-parto) em extremos da idade reprodutiva.	Diagnóstico e prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.2). Provisão de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal (H4.3).	
VERTEnte DE PESQ/ Pº COMPET. DE INVESTIGA/	<u>Aplicação</u> do instrumento de recolha de dados a primíparas e companheiros.	Identificação das experiências do Trabalho de Parto.	Validação com supervisor clínico e docente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Casos e contexto de recolha de dados.</li> </ul>
VERTEnte CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NOS PERÍODOS: PÓS-CONCEPCIONAL & CLIMATÉRICO	<u>Caraterização</u> da história de vida sexual e reprodutiva & <u>Realização</u> de consultas a mulheres em fase pós-concepcional.	Promoção da saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa (H5.1). Diagnóstico e prevenção de complicações durante o período do climatério e adaptação à menopausa (H5.2 e H5.3).	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletim de SR/PF;</li> <li>Sistema computacional;</li> <li>Protocolos próprios.</li> </ul> Registos validados por professor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão da aprendizagem.</li> </ul>
	Acompanhamento da mulher em processos de saúde/doença ginecológica.	Promoção da saúde ginecológica (H6.1). Diagnóstico e prevenção de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama (H6.2).	
	Assistência à mulher sujeita a cirurgia genito-urinária e da mama.	Provisão de cuidados à mulher com afecções genito-urinárias e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação (H6.3).	

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

TAREFAS/MESES DO ANO		2018				2019						
		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
PROJETO Definição:	Tema											
	Objetivos											
	Resultados Esperados											
	Processo de avaliação											
	Entrega Projeto de Estágio											
DESENVOLVIMENTO	Revisão da Literatura											
	Diligências p/ implementar atividades definidas no PRF*											
	Realizar atividades definidas no PRF*											
	Fundamentar as atividades											
	Avaliação das atividades quanto aos objetivos/competências estabelecidos											
	Elaboração do Relatório Final de Estágio											
	Aquisição de competências clínicas											
	Entrega do Relatório Final de Estágio											

\* PRF – Plano do Relatório Final



#### REFERÊNCIAS

- CIMS. (2016). Improving birth coalition. Retrieved from <http://www.motherfriendly.org/mfci>
- FAME. (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso* Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7.
- Kao, B. C., Gau, M. L., Wu, S. F., Kuo, B. J., & Lee, T. Y. (2004). A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *J Nurs Res*, 12(3), 191-202.
- OE. (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Retrieved from Lisboa: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5\\_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-esmo-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-esmo-1.pdf)
- WHO. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.



**Serviços Académicos - Submissão de Projetos de  
Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto**

GD/44144/2018

**Requerente**

**Nome:** Cláudia Catarina Granjo Agostinho  
**Email:** m40910@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 40910  
**Curso:** Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Mestrado)

**Requerimento**

**Assunto:**

Submissão de Projetos de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto

**Requerimento:**

Em conformidade com o exposto no Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ), venho por este meio submeter o Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto, pelo que junto anexo a seguinte documentação:

- Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto, através do impresso T-005 devidamente preenchido (incluindo anexos relativos a Resumo, Plano e Cronograma)
- Declaração de Aceitação do(s) orientador(es)

Declaro ter conhecimento que o requerimento de submissão de Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto não será aceite caso não sejam anexados os documentos acima referidos (em formato pdf, sendo que o somatório de todos não pode ultrapassar os 128Mb), e como tal não será considerada e entrega do Projeto em causa.

## APÊNDICE B – Pedido de Avaliação de Projeto ao Centro de Investigação em Ciências e Tecnologia da Saúde e respetivo parecer positivo



### Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-estar

#### Pedido - Avaliação de Projetos

##### TÍTULO DO PROJETO:

Nascer Positivo. Expectativas/Experiências de primigrávidas/primíparas e seus companheiros sobre o nascimento

*Positive Birth. Expectations / Experiences of primigravida / primiparous and their partners toward birth*

##### Nome dos Investidores:

Cláudia Catarina Granjo Agostinho (MSc Student)

M<sup>a</sup> Margarida Santana Fialho Sim-Sim (PhD)

##### Nível de Investigação:

Académica para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

##### Responsáveis Académicos –Orientador

Professora Doutora M<sup>a</sup> Margarida Santana Fialho Sim-Sim

##### Resumo/Abstract: (aproximadamente 250 palavras)

**Background.** O nascimento do primeiro filho comporta elevadas interrogações para o casal. Através das interrogações antecipam-se os papéis e a imagem da maternidade e paternidade. **Objetivos.** Descrever as expectativas e experiências de primigrávidas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto; identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto. **Método.** Estudo quantitativo, descritivo, transversal. **Amostra.** Mulheres portuguesas, primigrávidas, no 3º trimestre e primíparas em fase puerperal e respetivos parceiros sexuais. Amostra de conveniência que se reporta às utentes e companheiros assistidos pela mestranda, que se manifestem voluntários para o estudo. **Instrumento:** Questionário organizado em três secções: a) dados demográficos, b) dados obstétricos e c) instrumento *Childbirth Expectations Questionnaire*. É respeitada a propriedade intelectual do autor da escala. Os princípios éticos estão assegurados, convidando à participação e solicitando-se consentimento aos mães/pais. O tratamento e análise dos dados, realiza-se no Software IBM® SPSS®, versão 24. **Conclusão.** A descrição das expectativas e experiências do parto, contribuem para o questionamento e melhoria dos cuidados, naquela que é uma das experiências mais marcantes da vida.

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
Telefone: +351 266 730 300 Fax: +351 266 730 344 E-mail: [cicts@uevora.pt](mailto:cicts@uevora.pt)  
Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora  
PORTUGAL





## Fundamentação e Pertinência do Estudo

Nos anos 60 e 70 do século XX, Portugal encontrava-se, nos países da Europa Ocidental, com os piores indicadores materno-infantis. Se comparadas com as taxas atuais, a mortalidade infantil (i.e., 77,5‰ em 1960 *versus* 2,6‰ em 2017) e mortalidade materna (i.e., 115,5‰ em 1960 *versus* 6,9‰ em 2016), eram elevadíssimas (Pordata, 2018a, 2018b). Com a melhoria das condições sanitárias nos agregados populacionais, da escolarização, da inovação tecnológica, da capacitação dos cidadãos através da informação, da promoção da saúde e a prevenção da doença, reverteu-se a situação. Os indicadores de Portugal são atualmente bons, se se tiver em conta a média na região europeia para a mortalidade infantil (i.e., mortalidade infantil 3,6‰) e mesmo dos melhores do mundo (SNS, 2018). Quanto à mortalidade materna, os índices não são tão favoráveis, tendo em conta a média dos 28 países (i.e., 4,4‰).

A experiência do trabalho de parto (TP) permanece na memória da mulher. O recontar do parto e os significados atribuídos pertencem à historicidade de duas pessoas, implicando-se uma terceira, fruto da relação de conjugalidade, concretizando-se a parentalidade. Para atingir a parentalidade é necessário o nascimento, processo que acarreta expectativas e necessidades singulares (Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrami, 2015). Sendo um evento esperado pela grávida/casal e na história humana tão longínquo quanto a espécie, as expectativas que rodeiam o TP, constroem-se a partir da informação oferecida pelo decorrer das gerações e da previsão de quem viverá o fenómeno. As expectativas radicam-se em conhecimentos, experiências, crenças e envolvente sociocultural. Referem-se à antecipação do que é desejado, face ao que se imagina necessário, neste caso, para a experiência de TP. É sobre essas expectativas que a mulher/casal realizará a avaliação da experiência.

A experiência de parto tem destaque na nova diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS) – modelo de cuidados intraparto. É sublinhado o direito da mulher em poder desenvolver o seu TP num ambiente seguro, segundo uma perspetiva médica e simultaneamente, estar no centro de toda a intervenção. É aqui que surge um novo conceito, o de experiência de parto positiva (WHO, 2018). Resulta do a) cumprimento e superação das crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores, da mulher; b) do nascimento de um bebé saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro; c) da continuidade do apoio prático e emocional de um, ou mais, companheiro(s) de nascimento, e ainda d) do acompanhamento de uma equipa clínica tecnicamente competente.

“Nascer Positivo” é um movimento recente da OMS, que no seguimento de outras orientações, recomenda o Plano de Parto. O Plano de Parto, Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto (PP), consiste num documento escrito, individualizado, realizado de preferência entre as 28-32 semanas de gestação (APDMGP, 2015; DGS, 2015), uma via para obter as condições que a mulher prefere e necessita no decorrer do TP (WHO, 1997, 2002, 2018). O PP servirá, como elo entre o casal e a equipa de saúde, promovendo a comunicação clara entre ambos (WHO, 2018). Contudo, este plano deve ser realista, exequível e flexível dados os possíveis desvios na evolução do TP (APDMGP, 2015; FAME, 2008; OE/APEO, 2012).

A promoção, o aconselhamento e apoio à mulher no desenvolvimento do PP, previsto em orientações nacionais (i.e., Regulamento n.º 127/2011; DR, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro; Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017 de 2 de agosto) e internacionais (WHO, 2002), são da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). A favor do desenvolvimento da área de conhecimento e autonomia profissional, o acompanhamento da mulher/casal na redação do PP é da competência do EESMO. De facto é um procedimento

**CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE**  
UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
**Telefone:** +351 266 730 300 **Fax:** +351 266 730 344 **E-mail:** [dicts@uevora.pt](mailto:dicts@uevora.pt)  
Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora  
PORTUGAL



determinante da qualidade das suas práticas (OE, 2010, 2012, 2018b). Se o desenvolvimento científico-tecnológico levou a maior medicalização no processo de parir, não anula o determinismo biológico, no conflito do dilema obstétrico e na necessidade socio-emocional de amparo e ajuda (Gizzo et al., 2014; Rosenberg & Trevathan, 2002; Trevathan, 2015). O progresso técnico ter-se-á sobrevalorizado, em detrimento do que é natural, criando na mulher uma certa insegurança e sentido de incapacidade para o TP. Tal afetará, porventura, a sua experiência de maternidade (WHO, 2018). Atingiu-se uma medicalização tão elevada que em movimento de equilíbrio, a nível nacional e internacional, emanaram orientações, sobre o valor major do parto vaginal (i.e., Portaria n.º 310/2016; DR, 1.ª série — N.º 236, 12 de dezembro) (Gynecologists, 2013; WHO, 2015).

O objetivo de atuação do EESMO é a promoção do parto normal, com enfoque no parto natural (OE, 2018a; OE/APEO, 2012). A evidência revela que uma maior satisfação da mulher com a experiência de parto está associada ao parto natural e principalmente, ao tipo de assistência que lhe é prestada (Iravani, Janghorbani, Zarean, & Bahrami, 2015, 2016). Os cuidados oferecidos pelo EESMO são flexíveis, criativos, promotores de capacitação/empoderamento e apoio às mulheres. Têm por base num modelo assistencial holístico, que olha a família em transição, em ambas as figuras parentais (Javadifar, Majlesi, Nikbakht, Nedjat, & Montazeri, 2016; OE, 2015; Premberg & Lundgren, 2006). Além deste *modus operandi* desejável no exercício dos cuidados, a aplicação de um PP redigido pela mulher/casal, pode ser medida otimizadora da experiência de parto e do resultado. É na realidade através da evidência e do respeito pelas características individuais de cada mulher, que o EESMO concorre para a autonomia nas suas práticas, perseguindo simultaneamente novas diretrizes de instituições/entidades/figuras representativas em saúde, como é a OMS (WHO, 2018), o programa *Mother-Friendly Childbirth Initiative* (MFCI) (CIMS, 2015), a *International Confederation of Midwives* (Fullerton, Thompson, & Severino, 2011) ou a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). Apresentadas estas ideias e considerando-se a descrição das expectativas e experiências do TP da mulher/casal, julga-se confluir para uma melhoria dos cuidados do EESMO. Destaca-se, assim, o papel da mulher, como o centro do processo de TP, para que possa tomar decisões e o EESMO, como o agente com competências necessárias para promover experiências positivas de parto.

---

### Objectivos

Com esta investigação pretende-se atingir os seguintes objetivos: a) Descrever as expectativas e experiências de primígravidas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto e b) identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

### Seleção da Amostra

Amostra de conveniência de primígravidas/companheiros, por recrutamento, nos serviços onde se realiza o Estágio, no enquadramento da experiência clínica da mestranda. Estima-se atingir aproximadamente 80-100 casos. Na seleção de participantes consideram-se como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falado e escrita; b) maior idade; c) gestação de feto único, considerada como gravidez de baixo risco até ao momento e d) estar no 3º trimestre de gravidez.

A amostra de primíparas/companheiros será, igualmente, de conveniência e por recrutamento durante o período de puerpério precoce a tardio, tendo como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falada e escrita; b)

---

**CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

**Telefone:** +351 266 730 300 **Fax:** +351 266 730 344 **E-mail:** [cicts@uevora.pt](mailto:cicts@uevora.pt)

Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora

PORTUGAL





maioridade e c) ter sido o primeiro filho de ambos decorrente de uma gravidez de baixo risco. Estima-se uma amostra de 80-100 participantes.

---

#### Procedimentos Metodológicos:

O estudo assenta numa metodologia descritiva, transversal e quantitativa. A aplicação do instrumento de recolha de dados, às mulheres/casal, utentes dos serviços onde se realiza o Estágio, será sujeita a permissão do supervisor clínico. Terá o consentimento informado do utente que se encontra-se anexo a este documento (Apêndice A). Os procedimentos metodológicos em respeito pela propriedade intelectual, incluem o pedido de permissão à autora original da *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kao, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004), para utilização do instrumento. Tal foi realizado através de e-mail, tendo-se obtido resposta positiva (Apêndice B).

---

#### Instrumentos de avaliação:

O instrumento de recolha de dados está dividido em três partes:

- a) Dados demográficos;
- b) Dados obstétricos;
- c) Uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (B.-C. Kao et al., 2004).

O CEQ foi desenvolvido para estudar a perceção das mulheres na primeira experiência de parto, medindo importantes aspetos da satisfação materna no TP e P. A versão utilizada é composta por 37 itens, distribuídos por cinco fatores (ambiente de cuidados – 13 itens; expectativa de dor no parto – 5 itens; apoio do marido/companheiro – 6 itens; controlo e participação e suporte médico – 4 itens). A resposta é dada segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). Os itens negativos serão revertidos. O score obtém-se pela soma, variando entre 37 a 185. O instrumento encontra-se no Apêndice C.

---

#### Como serão recolhidos os dados:

A recolha de dados ocorrerá durante o período compreendido entre setembro de 2018 a julho de 2019, às grávidas e puérperas que reúnam critérios de inclusão, mencionados anteriormente. O tratamento e análise dos dados, realiza-se no Software IBM® SPSS®, versão 24.

---

#### Como será mantida a confidencialidade dos registos:

O instrumento de colheita de dados é anonimizado. Os dados recolhidos destinam-se única e exclusivamente a ser tratados para os fins apresentados no consentimento informado. Garante-se o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo. Devido à anonimização das respostas não haverá possibilidade de identificar os participantes no momento de análise e discussão de dados. Os dados obtidos, serão conservados pela mestranda, até à

---

**CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Telefone: +351 266 730 300 Fax: +351 266 730 344 E-mail: [cicts@uevora.pt](mailto:cicts@uevora.pt)

Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora

PORTUGAL





prossegução das finalidades da recolha e do seu tratamento seguinte. A destruição é da responsabilidade da mestrande e ocorrerá após a defesa do Relatório. Tal conforma orientação de autor (Campos et al., 2007).

#### Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Apêndice A – consentimentos informados

#### Documentos:

Apêndice B – autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados à autora.

Apêndice C – instrumentos de colheita de dados.

#### Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

- APDMGP. (2015). O Plano de Parto ou Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto. In Campos, E., Barroso, L., Roque, A., Campos Lobo, C., Delgado António, H., Almeida, V., & Lingnau da Silveira, L. (2007). DELIBERAÇÃO Nº 227 /2007 - Aplicável aos tratamentos de dados pessoais efectuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde. In (Comissão Nacional de Protecção de Dados ed.). Lisboa.
- CIMS. (2015). Mother-Friendly Childbirth Initiative - Consensus&#x9;Initiative&#x9;from the&#x9;Coalition&#x9;for&#x9;Improving&#x9;Maternity&#x9;Services. In.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- FAME. (2008). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. In (Tradução APEO ed.).
- Fullerton, J. T., Thompson, J. B., & Severino, R. (2011). The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. an update study: 2009-2010. *Midwifery*, 27(4), 399-408. doi:10.1016/j.midw.2011.03.005
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int*, 2014, 638093. doi:10.1155/2014/638093
- Gynecologists, A. C. o. O. a. (2013). ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*, 121(4), 904-907. doi:10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3
- Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrani, M. (2015). An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(3), 293-303.
- Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrani, M. (2016). Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J*, 18(2), e21471. doi:10.5812/ircmj.21471
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrani, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*, 4, 6. doi:10.4103/2277-9531.151885
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., & Montazeri, A. (2016). Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of family & reproductive health*, 10(3), 146-153.
- Kao, B.-C., Gau, M.-L., Wu, S.-F., Kuo, B.-J., & Lee, T.-Y. (2004). A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 191-202.
- Kao, B. C., Gau, M. L., Wu, S. F., Kuo, B. J., & Lee, T. Y. (2004). A comparative study of expectant parents ' childbirth expectations. *J Nurs Res*, 12(3), 191-202.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In Lisboa.
- OE. (2012). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Parecer nº 7/2012 - Plano de Parto. In.
- OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In Lisboa.
- OE. (2018a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (O. d. Enfermeiros Ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

#### CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Telefone: +351 266 730 300 Fax: +351 266 730 344 E-mail: [cicts@uevora.pt](mailto:cicts@uevora.pt)

Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora

PORTUGAL



- OE. (2018b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In. Lisboa.
- OE/APEO. (2012). *Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pordata. (2018a). Taxa de mortalidade infantil. In: <https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-bruta-de-mortalidade-e-taxa-de-mortalidade-infantil-528>.
- Pordata. (2018b). Taxa de mortalidade materna. In: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+materna-619>.
- Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Fathers' Experiences of Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*, 15(2), 21-28. doi:10.1624/105812406X107780
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *Bjog*, 109(11), 1199-1206.
- SNS. (2018). Retrato da Saúde 2018. In (Ministério da Saúde ed.). Lisboa.
- Trevathan, W. (2015). Primate pelvic anatomy and implications for birth. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1663), 20140065. doi:10.1098/rstb.2014.0065
- WHO. (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth. In (Vol. 24(2), pp. 121-123).
- WHO. (2002). Standards for maternal and neonatal care. Birth and emergency preparedness in antenatal care. In (pp. pp.6). Genebra.
- WHO. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. In. Genebra.
- WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

**CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE**  
UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
**Telefone:** +351 266 730 300 **Fax:** +351 266 730 344 **E-mail:** [cicts@uevora.pt](mailto:cicts@uevora.pt)  
Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora  
PORTUGAL



Documento 1 8 1 3 2

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof. Doutor Paulo Infante,  
Prof.ª Doutora Maria de Fátima Jorge,  
e Prof. Doutora Sandra Leandro,

deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto:

"Nascer Positivo. Expectativas/Experiências de primigrávidas/ primíparas e seus companheiros sobre o nascimento" pela investigadora **Cláudia Catarina Granjo Agostinho** (Mestranda) sob a supervisão da Prof.ª Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (responsável académica).

Universidade de Évora, 12 de Dezembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



## APÊNDICE C – Resultados na plataforma Rayyan QCRI

2019-09-29: RS-WHO Recommendation
Blind ON

Compute ratings
Export
New search
All reviews

Showing 1 to 7 of 7 unique entries (filtered from 92 total unique entries)

Search:
id or title or abstract or author

Date	Title	Authors	Rating
2019-01-01	<b>The quality of childbirth in the light of research the new guidelines of the World Health...</b>	Baranowska, Barbara	
2018-01-01	<b>WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care ...</b>	Oladapo, O T; Tunçalp, Ö; B...	
2018-01-01	<b>Management of Spontaneous Labor in Primigravidae: Labor Scale versus WHO Partogr...</b>	Tolba, Sara M; Ali, Shymaa ...	
	<b>10 Steps of the International MotherBaby Childbirth Initiative.</b>		
2016-01-01	<b>WHO Safe Childbirth Checklist.</b>	Duff, Elizabeth	
2015-01-26	<b>Formative research and development of innovative tools for "Better Outcomes in Labo...</b>	Bohren, Meghan A; Oladapo,...	
2018-10-31	<b>Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A sys</b>	Abdulghani, N; Edvardsson, ...	

Include
 Maybe
 Exclude
Reason
Label
Highlights ON
 Upload PDF full-texts

**The quality of childbirth in the light of research the new guidelines of the World Health Organization and Polish Perinatal Care Standards.**

The quality of birth is assessed by means of a comprehensive approach to the process of coming into the world, taking into account the perspective of the mother and the child and the influence of labour on their future health and life. According to the recommendations of the World Health Organization, the delivery of every child should be consistent with the mother's personal and socio-cultural beliefs and should meet her expectations as to the care provided.

**Authors:** Baranowska, Barbara;

**Journal:** Developmental period medicine - Volume 23, Issue 1, pp. 54-59 - published 2019-01-01

**Publication Types:** Journal Article | Review

**Topics:** Female | Humans | Infant, Newborn | Parturition | Perinatal Care | Poland | Standard of Care | World Health Organization | perinatal care | quality of care | World Health Organization

**PDF full-texts:**

- [10Steps.pdf](#)

carla\_catarina
?

Show
Blind ON [Decisions and labels of any collaborator are NOT visible to others]

Screening summary

● included
● excluded
● conflict

Owner:
PhD Margarida Sim-Sim

● undecided
● included
● excluded

Collaborators:
margaridasimsim@gmail.com

● included
● excluded

me

● undecided
● included
● excluded

carla\_catarina
?

## APÊNDICE D – Jornais de Aprendizagem

### 1º JORNAL - Depressão. Uma doença transgeracional.

**Data:** de \_24/\_09/\_2018\_ a \_28/\_09/\_2018\_

**Campo clínico:** UCSP de 7 Rios; **Local:** Saúde Sexual e Reprodutiva;

#### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

Dia 27 de setembro recorreu à consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva, uma mulher de 20 anos, AQ, com antecedentes familiares de depressão. Também medicada com terapêutica psiquiátrica e frequentadora de consultas de Psicologia, em tempos. Encontrava-se em amenorreia desde abril. Refere ter iniciado relações sexuais (desprotegidas) há cerca de duas semanas. Tomou a pílula do dia seguinte. Receava estar grávida.

Muito introvertida e ansiosa, foi difícil criar uma relação de confiança, mesmo tendo optado por ficar a seu lado durante a conversa, em vez de separadas por uma secretária.

Preocupadas com a situação, com o desconhecimento sobre os riscos que corria (transmissão de doenças/gravidez indesejada) e pelo estado de ansiedade em que estava, sinalizámos à equipa do APARECE<sup>1</sup> (WHO, 2015).

O risco potencial de desenvolver depressão, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, problemas alimentares, comportamentos suicidas entre outras doenças, através de uma interação complexa de genética, fatores neurobiológicos e psicossociais foram fatores preponderantes na nossa tomada de decisão (WHO, 2015). A intervenção, nestas situações é urgente e necessária, para melhor suporte e direcionamento do perfil de risco e suas necessidades individuais (Santvoort, Hosman, Janssens, Reupert, & Loon, 2015).

#### **Competências desenvolvidas nesta consulta:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: 1) identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade (H1.2.3.); 2) monitorização de potencial de risco pré-concepcional (H1.2.4.); 3) facultar métodos contraceptivos (H1.1.6.) e 4) Cooperar com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (H7.3.2.).

---

<sup>1</sup> APARECE - Centro de Atendimento a Adolescentes Amigável - na área dos Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de melhorar a Acessibilidade e a Qualidade da prestação dos Serviços de Saúde aos Adolescentes dos 12 aos 24 anos. É constituído por uma equipa multidisciplinar - médico, enfermeiros, psicóloga, serviço social, socióloga, administrativos - com experiência e treino na área da Adolescência.

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA SEMANA E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

CONS.	Nº	ATIVIDADES (OE, 2015)	COMP. DESENVOLVIDAS (OE, 2010)
Pré-concepcional	2 <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação do peso, tensão arterial e Índice Massa Corporal (IMC);</li> <li>Entrega de contraceptivos orais (ACO) e preservativos (masculinos e femininos) e respetivo ensino/reforço.</li> </ul>	<b>H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional</b>
Grávidas com exames pré-natais	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>Exame sumário da urina;</li> <li>Auscultação dos Batimentos cardio-fetais (BCF);</li> <li>Medição do Altura do Fundo Uterino (AFU) e do perímetro abdominal;</li> <li>Atualização, e registo de valores no Boletim de Saúde da Grávida (BSG);</li> <li>Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>Confirmação de fator RH das grávidas e do cónjuge;</li> <li>Administração de imunoglobulina anti-D e respetivo registo no sistema informático e BSG;</li> <li>Ensinos sobre alimentação, cuidados à pele, vestuário, métodos de relaxamento e transição para a parentalidade;</li> <li>Providenciar material informativo sobre os diferentes assuntos;</li> <li>Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico®.</li> </ul>	<b>H2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e, situação de abortamento</b>
Pós-natal	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação do peso, tensão arterial e IMC;</li> <li>Entrega de contraceptivos;</li> <li>Ensinos sobre a sexualidade;</li> <li>Avaliação/orientação sobre os cuidados ao Recém-nascido (RN);</li> <li>Amamentação/Alimentação RN;</li> <li>Uso de modelos para demonstração;</li> <li>Observação/orientação sobre a Transição para a Parentalidade.</li> </ul>	<b>H4.1 Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</b> <b>H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</b>
Pós-concepcional	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientações sobre o Rastreo do colo do útero;</li> <li>Avaliação do peso, tensão arterial e IMC;</li> <li>Ensinos sobre o período de climatério e menopausa.</li> </ul>	<b>H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa</b>

**FONTES DE PESQUISA:**

- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.
- OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.
- Santvoort, F. v., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M. D., Karin T. M. van, Reupert, A., & Loon, L. M. A. v. (2015). The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review *Clin Child Fam Psychol Rev*, 281-299.
- WHO. (2015). The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2010). Geneve: World Health Organization In. Geneve: World Health Organization

<sup>2</sup> Inclui a consulta relatada em "Editorial". Competências desenvolvidas, referidas na descrição da mesma.



## 2º JORNAL - Interrupção Voluntária da Gravidez.

**Data:** de \_08/\_10/\_2018\_ a \_12/\_10/\_2018\_

**Campo clínico:** UCSP de 7 Rios; **Local:** Saúde Sexual e Reprodutiva

### EDITORIAL:

#### Situação:

Dia 10 de outubro, dirigiu-se à consulta de saúde sexual e reprodutiva, um casal de 21 anos, com uma ecografia que comprovava gravidez de seis semanas e três dias, com o desejo de fazerem uma interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Já tinham recorrido, na semana anterior, à consulta Prévia de Planeamento Familiar onde lhes foi entregue uma requisição de análises e de ecografia para determinar o tempo de gestação, assim como o Consentimento livre e esclarecido para a Interrupção da Gravidez (i.e. Circular Informativa n.º/SR 18/07/07; DGS) para ser lido, assinado e entregue na consulta para a realização da IVG.

Após verificar o resultado dos exames realizados, foi aferida, novamente, a real decisão do casal sendo encaminhados, posteriormente, para o APARECE devido à idade de ambos e por haver uma equipa bem formada para acompanhar os adolescentes.

#### Competências desenvolvidas nesta consulta:

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: 1) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. (H2.2.10.); 2) Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área da atuação. (H2.2.11.) e 3) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento (H2.3.8.) (OE, 2010).

#### ATIVIDADES NA SEMANA E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMP. DESENV. (OE, 2010)
Pré-Concepcional	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades desenvolvidas na semana anterior.</li> <li>Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade. Ex. Dispareunia de uma senhora que teve um parto distócico com fórceps e ventosas). Identificada situação e sinalizada à Médica de Família para posterior encaminhamento e melhoria das queixas.</li> </ul>	<b>H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientação de intervenções para proteção das saúde e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Ex. Utente com alterações cromossómicas, histeretomizada, cujo parceiro sexual é ex-toxicodependente. Entregues preservativos e reforçados ensinios sobre a utilização dos mesmos.</li> </ul>	<b>H1.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional</b>
Grávidas com exames pré-natais	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades desenvolvidas na semana anterior.</li> <li>Feitos ensinios sobre o que levar para a maternidade; cadeira de transporte do RN; amamentação; sinais e sintomas de risco e de início de TP; Diagnóstico Precoce/Rastreio de Doenças Metabólicas (RDM); Puerpério movimentos fetais de Cardiff. (DGS, 2005; OE, 2015)</li> </ul>	<b>H2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e, situação de abortamento</b>  <b>H2.3 Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</b>
Pós-concepcional	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades desenvolvidas na semana anterior.</li> <li>Feitos ensinios sobre as alterações da menopausa na sexualidade do casal. (SPG, 2016)</li> </ul>	<b>H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa</b>  <b>H5.3 Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.</b>

#### FONTES DE PESQUISA:

- Braga, R. R. (2009). Profilaxia antenatal da isoimunização rh com imunoglobulina anti-D: efetividade e riscos. *Rev Port Clin Geral*, 25, 312-318.
- DGS. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde. In. Lisboa
- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-Termo. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.
- O. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.
- SPG. (2016). Consenso Nacional sobre a Menopausa. In. Lisboa.

### **3º JORNAL - Depressão Pós-Parto**

**Data:** de \_22\_/\_10/\_2018\_ a \_26\_/\_10/\_2018\_

**Campo clínico:** UCSP de 7 Rios; **Local:** Saúde Sexual e Reprodutiva

#### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

No dia 23 de outubro foram realizadas consultas de Puerpério. Em ligação com a Consulta de Saúde Infantil soube da existência da marcação de Diagnóstico Precoce a um Recém-Nascido (RN) cuja gravidez tinha sido vigiada pela minha supervisora clínica. Após a realização do teste, onde foram abordados vários assuntos sobre os cuidados ao RN, acompanhei a senhora RS para a Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Nesta consulta foram abordados os temas da Amamentação (exclusiva), início da sexualidade após o parto, sobre o método contraceptivo a adotar, transporte do RN e, foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), com o livre consentimento da puérpera. Após a sua aplicação, o resultado foi inferior a 12 (7 valores), indicadora de baixa probabilidade para desenvolver depressão pós-parto (DGS, 2015).

A escala foi aplicada a outra mãe, de uma menina com um mês e doze dias, que se encontrava muito nervosa com o pouco aumento de peso desta, amamentada exclusivamente. Foi reforçado positivamente todos os seus comportamentos após a devida validação por parte da AM e do marido, verificando-se um bom desenvolvimento estatoponderal da menina e ausência de sinais e sintomas de má nutrição. O resultado da sua escala foi superior a 12 (19 valores), predicando a probabilidade de desenvolver depressão pós-parto mas não a sua gravidade. Foi incentivada a regressar à consulta para que fosse possível validar os cuidados que presta à sua filha e, ao marido para apoiar nas tarefas diárias e a proteger a diáde de fatores stressantes ou promotores de crises (DGS, 2005).

#### **Competências desenvolvidas nesta consulta:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme do recém-nascido (H4.1.1.); b) Informa e orienta a mulher sobre a sexualidade e contraceção no período pós-parto (H4.1.3.); c) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno (H4.1.4); d) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto (H4.1.5); e) Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do



puerpério, potenciando a parentalidade responsável. (H4.1.6) e f) Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos (H4.3.1) (OE, 2010).

**FONTES DE PESQUISA:**

DGS. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde. In. Lisboa

DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. In. Lisboa.

OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.

#### **4º JORNAL - “Nascer” nos dias de hoje**

**Data:** de \_29\_/\_10/\_2018\_ a \_04\_/\_11/\_2018\_

**Campo clínico:** Centro Hospitalar Barreiro-Montijo;

**Local:** Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

#### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

No dia 3 de novembro fiz o meu primeiro parto. A J., uma grávida de 20 anos, com IO 0000 e IG 40s+1d, deu entrada para indução do TP, sem Plano de Parto. Desde que foi admitida no serviço, foi colocada monitorização fetal externa contínua, posicionada em decúbito dorsal, apesar de poder fazer decúbitos laterais livres e incentivada a analgesia epidural, mesmo sem sentir dores durante as contrações. No Bloco de Partos do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, têm como rotina a administração de analgesia epidural, aquando dos 3-4cm de dilatação do colo uterino, que se deu pelas 00h e por estar muito queixosa. Foram feitas mais duas repicagens até às 11h.

Foi então posicionada em litotomia, com a menina ainda muito “subida”, colo com a dilatação completa, feito esvaziamento vesical e após algumas contrações secundárias, fez-se episiotomia tendo pelas 12h06 nascido a E. O cordão ainda pulsátil foi clampeado e cortado, desta vez com a colaboração do pai da E., tendo sido retirada do peito da mãe para ser aspirada, limpa, identificada e cerca de 15min depois voltar a ser colocada em contacto pele a pele com a mãe.

Feita dequitação e episiorrafia. Durante estas intervenções, incentivei-a a colocar a E. à mama, pois sofregamente chuchava nos seus próprios dedos e a J. “já não sabia o que fazer” com a sua filha.

Feliz o casal, com uma menina lindíssima, vestida a preceito de cor-de-rosa, agradeceu-nos profundamente e disse que nós fomos a “sua salvação” (SIC).

#### **Competências desenvolvidas nesta consulta:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Garante um ambiente seguro durante o TP e parto (H3.1.2); b) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); c) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (H3.1.4); d) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; e) Identifica e

monitoriza o TP (H3.2.1); f) Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (H3.2.4) (OE, 2010).

DEZ PASSOS DA ASSISTÊNCIA AMIGA DA MÃE: (CIMS, 2015)	OS CUIDADOS PRESTADOS POR MIM:
<p>1. Oferece à grávida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso irrestrito aos companheiros de nascimento por si escolhidos, incluindo pais, parceiros, filhos, família membros e amigos;</li> <li>• Acesso irrestrito a estímulos emocionais e apoio físico de uma pessoa qualificada - por exemplo, uma doula ou profissional de apoio trabalhista;</li> <li>• Acesso a cuidados profissionais de obstetria.</li> </ul>	<p>A escolha do companheiro de nascimento é, exclusivamente, da grávida, mas não pode mudar nem estar mais do que um.</p>
<p>2. Fornecem-se informações descritivas e estatísticas precisas ao público sobre as suas práticas e procedimentos nos cuidados prestados durante o nascimento, incluindo medidas de intervenções e resultados.</p>	N/A
<p>3. Fornece cuidado culturalmente competente: cuidado sensível e direcionado às crenças específicas, valores e costumes da etnia de cada mulher no parto e religião.</p>	N/A
<p>4. Proporciona à grávida a liberdade de andar, mover-se e assumir as posições de sua escolha durante o parto e nascimento - a menos que a restrição seja, especificamente, necessária para corrigir uma complicação – e desencoraja o uso de litotomia.</p>	<p>Não encorajei a deambular nem a mover-se no sentido de diminuir a dor.</p> <p>Foi ao WC durante a noite mas, nunca encorajei a voltar a fazê-lo durante o restante TP.</p> <p>Não a levei a fazer a sua higiene nem sequer, parcial. Incentivou-se a analgesia epidural e, consequentes, repicagens.</p> <p>O parto foi feito em posição de litotomia.</p>
MANIFESTO PELO PARTO ATIVO (algumas indicações) (Balaskas, 2017)	
<p>1) Os partos vividos em liberdade e sem inibições permitem que a mulher se mexa livremente na procura de posições apropriadas e confortáveis. O parto é ativo e envolve uma sucessão de posições variadas.</p> <p>2) A historicidade revela que a posição vertical ou agachada, apoiada em alguém ou nalgum objeto, permite um melhor TP.</p> <p>3) A posição de deitada ou semi-deitada faz com que um processo natural se torne um evento médico e transforma a parturiente em paciente.</p> <p>4)</p> <p>- A compressão da aorta descendente diminui o fluxo sanguíneo ao útero e placenta – podendo provocar stress fetal.</p>	



<p>- A compressão da veia cava inferior diminui o retorno venoso – podendo aumentar o risco de hemorragia pós-parto.</p> <p>- É mais fácil o útero trabalhar a favor da Lei da Gravidade do que paralelo à mesma.</p> <p><u>Resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não existe compressão dos vasos abdominais;</li> <li>• O movimento é irrestrito;</li> <li>• A região pélvica está totalmente livre de movimentos e;</li> <li>• O corpo trabalha em harmonia com a gravidade.</li> </ul>	
<p>5. <i>Tempolíticas e procedimentos claramente definidos para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar e consultar durante todo o período pré-natal período com outros serviços de maternidade, incluindo comunicar com o cuidador original quando transferência de um local de nascimento para outro é necessário;</li> <li>• Ligar a mãe e o bebê a recursos comunitários, incluindo pré-natal e pós-descarga acompanhamento e apoio à amamentação.</li> </ul>	N/A
<p>6. <i>Não emprega rotineiramente políticas, práticas e procedimentos que não são apoiados por evidências científicas, incluindo, mas não limitado ao seguinte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IV's (gotejamento intravenoso);</li> <li>• Restrição de alimentos ou água;</li> <li>• Rutura Artificial de Bolsa de Águas (RABA);</li> <li>• Monitorização Fetal Externa contínua.</li> </ul> <p><i>Outras intervenções são limitadas da seguinte forma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma taxa de indução de 10% ou menos;</li> <li>• Taxa de episiotomia de 20% ou menos, com uma meta de 5% ou menos;</li> <li>• Uma taxa total de cesariana de 10% ou menos na comunidade hospitalar e 15%, ou menos, na atenção terciária (alto risco) hospitalais;</li> <li>• Taxa de VBAC (parto vaginal após cesariana) de 60% ou mais, com uma meta de 75%, ou mais.</li> </ul>	<p>A cateterização de um acesso venoso periférico foi feito, assim que a grávida foi admitida no serviço e foi-lhe colocado um soro glicosado. A partir dos 3-4cm de dilatação, foi colocado um cateter epidural, e administrada analgesia, para controlo da dor. Ofereceu-se um copo de chá. A Rutura das membranas foi espontânea. Esteve sempre com monitorização fetal externa contínua. Feita episiotomia devido à formação de pequenas fissuras nos tecidos perineais, sugestivas de possível laceração.</p> <p>N/A</p>
<p>7. <i>Educa o pessoal em métodos não medicamentosos de alívio da dor e não promove o uso de analgésicos ou medicamentos anestésicos, não especificamente necessários, para corrigir uma complicação.</i></p>	<p>A analgesia epidural foi, logo que possível, incentivada e administrada.</p>

8. <i>Encoraja todas as mães - incluindo as que estão doentes ou recém-nascidos prematuros, ou lactentes com problemas congênitos - ao toque, que segure, amamente e cuide de seus bebês na medida compatível com suas condições.</i>	Encorajei a amamentação durante a episiorrafia, mas como estava a suturar não pude dar continuidade ao incentivo. Mas assim que pude, fui ter com a puérpera e ajudei-a a colocar a E. à mama.
9. <i>Desencoraja a circuncisão do recém-nascido.</i>	N/A
10. <i>Esforça-se por alcançar a OMS-UNICEF “Dez Passos do Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, para promover o sucesso na amamentação.</i>	A J. foi encorajada a iniciar a amamentação dentro de meio hora após o nascimento.

#### FONTES DE PESQUISA:

- Balaskas, J. (2017). Parto Ativo - Guia Prático para o Parto Natural. A história e a filosofia de uma revolução. In: 4 Estações Editora - Editora, Lda.
- CIMS. (2015). Mother-Friendly Childbirth Initiative - Consensus and Initiative from the Coalition for Improving Maternity Services. In. Genebra
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.

## **5º JORNAL - A mulher no “comando” do parto!**

**Data:** de \_05/\_11/\_2018\_ a \_11/\_11/\_2018\_

**Campo clínico:** Centro Hospitalar Barreiro-Montijo;

**Local:** Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

### **EDITORIAL**

#### **Situação:**

No dia 8 de novembro acompanhei a I. durante o seu TP e parto. A I. estava grávida de 37 semanas e 6 dias, ficou internada no bloco de partos, por apresentar contractilidade uterina e 3-4cm de dilatação. Quando se acomodou na sala de parto fiz o que a orientadora me pediu. Coloquei a monitorização fetal externa contínua, canalizei um acesso, coloquei soro com glicose e, no meio da conversa, perguntei como tinha sido o parto do seu primeiro filho. Respondeu que tinha sido eutócico, e sem analgesia, e que neste tencionava que fosse igual. Elogiei-a pela sua determinação e disse-lhe que iria estar com ela na sua tomada de decisão.

A sua acompanhante foi a irmã. O TP foi acelerado com a administração de ocitocina, mas a bolsa de águas apenas rompeu aquando da coroação do recém-nascido (RN), mantendo-se a integridade do períneo. Como o RN tinha uma circular não foi possível deixar o cordão deixar de pulsar para ser cortado. Mas no mesmo dia foi possível ver, noutra parto, os efeitos da “passagem” do sangue da placenta através do cordão, para a RN. A mudança de tom da menina, para um tom rosado no seu rosto, foi “mágico”.

Já no recobro, com o seu bebé ao peito, a I., com “apenas” 21 anos, relativamente à ausência de epidural, disse-me: “é tudo uma questão de mentalização. Eu tinha muito medo porque tenho alterações na coluna e por isso só podia ter os meus filhos assim!” (SIC).

#### **Competências desenvolvidas nesta consulta:**

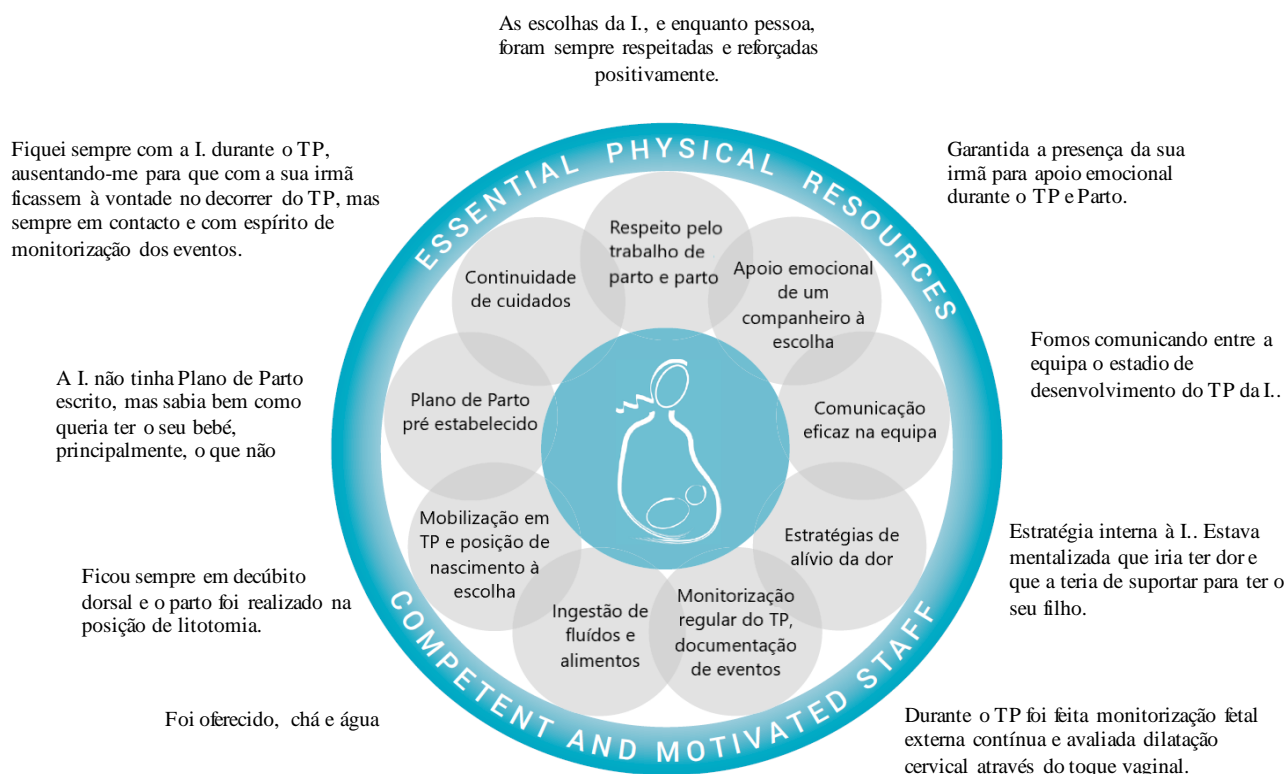
Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Garante um ambiente seguro durante o TP e parto (H3.1.2); b) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); c) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (H3.1.4); d) Identifica e monitoriza o TP (H3.2.1); e) Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (H3.2.4); f) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (H3.3.5) (OE, 2010).



De acordo com o Livro de Bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, a tomada de decisão autónoma do EESMO, deve ser orientada e fundamentada em resultados da evidência científica e o respeito pelas características individuais de cada Mulher (OE, 2015). Esta linha de pensamento predomina na nova diretriz da OMS de 2018 e corrobora a adoção de uma filosofia centrada na mulher e baseada nos direitos humanos. Direito a ter um companheiro à sua escolha durante o TP e parto, assim como a liberdade de se movimentar podendo optar pela sua posição para o nascimento. Premissas estas que surgem da evidência científica, que promove a saúde e bem-estar e demonstram ter um impacto positivo na experiência de parto das mulheres (WHO, 2018).

Posto isto, passo a representar os meus cuidados aplicados na ilustração que surgiu desta diretriz.

**Representação esquemática da Organização Mundial de Saúde dos cuidados intraparto e o relato da situação (WHO, 2018)**



**FONTES DE PESQUISA:**

OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.

WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

## **6º JORNAL - Mudar as atitudes dos outros através das nossas exigências!**

**Data:** de \_12\_/\_11/\_2018\_ a \_18\_/\_11/\_2018\_

**Campo clínico:** Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

**Local:** Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

No dia 18 de novembro, durante a passagem de turno, ouviram-se muitos juízos de valor e palavras menos simpáticas, face à grávida P.M., Doula, fotógrafa de Recém-nascidos e professora primária. Diziam respeito às suas preferências de TP e Parto (definidas em Plano de Parto), assim como em relação a levar a placenta para casa. Principalmente, pelo facto de desejar analgesia epidural, sendo Doula.

Aproveitando a possibilidade de ir ver a grávida, sozinha, procurei demonstrar a minha vontade e desejo em fazer valer os seus direitos enquanto mulher que estava a vivenciar a sua própria gravidez. Ao que me pediu, não só verbalmente, mas através dos seus olhos: “Por favor, não me deixe ficar sozinha!”. Percebi que ali criámos uma sinergia positiva. Não só para a grávida, mas também para mim que me encontrava ávida em aplicar alguns posicionamentos aprendidos no Congresso *Insight Healt*s para acompanhar a mulher durante o TP.

O parto ocorreu pelas 15h43, tendo sido realizada uma episiotomia que, inicialmente tinha sido recusada pela parturiente, mas negociada quando se viu que iria lacerar, e a possibilidade de se levar a placenta, negada, por questões de ordem superior (Médico/Comissão de Ética do Hospital).

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (H3.1.1); Garante um ambiente seguro durante o TP e parto (H3.1.2); Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3) (OE, 2010).

Existem organizações Internacionais que destacam a experiência das mulheres em todas as configurações do nascimento, como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Para esta entidade, os profissionais de saúde devem assegurar em todos os contextos de nascimento a existência de uma cultura de respeito por cada mulher, enquanto pessoa que

passa por uma experiência da vida, significativa e emocionalmente intensa, para que se sinta em pleno controlo da situação. A equipa deve promover a tranquilidade e a autonomia na mulher/casal, através do esclarecimento e informação para que as suas escolhas sejam feitas baseadas no conhecimento e enquadradas nos seus valores individuais (Recomendação 1.1 – Local de nascimento) (NICE, 2014). A referida recomendação esteve presente nos meus cuidados perante aquela mulher, aquele casal em mudança de “estado de ser”, que se transformava de mulher em mãe, física e emocionalmente, com o homem a modificar-se para o papel de pai.

A **comunicação** deve estar na frente de todo o processo de interação entre o profissional de saúde e a mulher/casal. Deve envolver e centrar-se na mulher, estabelecendo-se um relacionamento através do questionamento dos seus desejos e expectativas em relação ao TP. Um dos meios de comunicação utilizado é o Plano de Parto, que deve ser discutido e lido com a mulher/casal. Transversalmente toma-se conhecimento dos saberes e informações que os envolvidos têm relativamente ao TP e parto, estratégias de alívio da dor, intervenções que aceita e/ou que gostaria que não fossem aplicadas. Contudo existe um mote fundamental: Os procedimentos devem-se centrar na mulher e não na tecnologia ou documentação vigente (NICE, 2014). As intervenções, estão atualmente, muito presentes na área da saúde materna. Sendo a maternidade um evento normal no ciclo de vida do Homem, está a ser percecionada pela mulher/casal numa perspetiva de diagnóstico de problemas e desvios da saúde. As intervenções tornaram-se necessárias e aceites uma vez que se rotinizaram as práticas hospitalares para se fazerem cumprir objetivos e darem-se respostas às exigências dos serviços, fazendo-nos esquecer a nossa responsabilidade humana sobre aquele momento, cujo desfecho e memórias influenciarão e se refletirão o resto da vida da mulher/casal (Rodrigues, 2016). O Plano de Parto foi lido e conversado entre mim e o casal, havendo ressalvas de eventuais situações em que as suas preferências não pudessem prevalecer em detrimento de um melhor estado de saúde materno-fetal, o qual foi consentido, com o compromisso de que tudo lhe fosse sendo explicado.

Deve-se incentivar a **mobilização** durante o TP, de forma a que a mulher adote as posições que considerar mais confortáveis. Contudo, tal não foi possível dada a administração de analgesia epidural e por não ter sentido abertura por parte da orientadora, para promover movimentos e posições verticalizadas. Durante o TP, tive a oportunidade de realizar alguns posicionamentos, mesmo que deitada, no sentido de fazer abrir o estreito superior da pelve, adaptando os membros inferiores para que a pelve ficasse em contranutação, para encaixe do



bebé nesse estreito e, em posição de natação para que se encaixasse no estreito inferior (Mineiro, Rito, Cardoso, & Sousa, 2016). Foi curioso verificar como tudo se foi adaptando e até, com relativa brevidade para o período expulsivo.

O **apoio** do(s) companheiro(s) que a mulher escolher para experienciar este momento da vida, é também crucial para que se sinta mais segura e apoiada na sua tomada de decisão. (Recomendação 1.2 – Cuidados em todo o TP) (NICE, 2014).

Os cuidados de obstetrícia devem seguir uma metodologia “One to One”, por pelo menos uma hora, e devem considerar as preferências e necessidades emocionais e psicológicas da mulher. (Recomendação 1.3 – Primeira fase latente do TP) (NICE, 2014). Sendo estudante de EESMO foi-me facilitado este tipo de metodologia de cuidados, pois só tinha aquela parturiente ao meu cuidado. O que não será possível no dia a dia, em que os serviços não dispõem de *ratio* compatível.

A evidência científica demonstra alguns fatores promotores do parto normal e sem complicações, tais como as duas anteriores recomendações descritas, os cuidados *one-to-one* e as posturas verticalizadas durante o TP e parto, para além da imersão durante o TP, o acompanhamento contínuo por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) da confiança da mulher e um ambiente de parto favorável. Muito embora as práticas devam ser uniformizadas, através de um sério comprometimento e esforços contínuo por parte dos profissionais de saúde, deve-se evitar a aplicação das mesmas de forma rotineira uma vez que “nada pode ser bom para todos, discricionariamente”, para além do que políticas rotineiras não têm lugar num modelo obstétrico baseado em evidências (Rodrigues, 2016).

Receios e medos dos profissionais de saúde não devem orientar as suas próprias práticas perante a parturiente. Tais comportamentos podem derivar em suscetibilidade e vulnerabilidade na mesma, pois a existência de experiências traumáticas pode causar efeitos negativos na perceção da mulher sobre a sua capacidade de parir por via vaginal. A aplicação de uma episiotomia não me pareceu ser fundamental, até porque o bebé não estava a coroar, mas foi feita por ser o primeiro parto via vaginal (primeiro parto eutócico = a episiotomia para evitar laceração). Compete ao EESMO converter as evidências científicas em cuidados individualizados, fomentando e promovendo a normalidade do parto.

Espera-se que, tal como na Islândia, o EESMO em Portugal ganhe um lugar sólido na área da saúde materna e neonatal, com a existência de um investimento e políticas de saúde que promovam a gravidez e o parto normais. Pois se este país europeu se encontra no topo com as

taxas mais baixas de mortalidade materna, neonatal e infantil inferior a cinco anos, alguma coisa estão a fazer bem. Espero poder contribuir para esta evolução e mudança de paradigma.

**FONTES DE PESQUISA:**

OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lisboa.

NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Reino Unido Retrieved from [nice.org.uk/guidance/cg190](http://nice.org.uk/guidance/cg190)

Rodrigues, S. (2016). Parto Normal. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Lisboa.

## **7º JORNAL-** Uma “bela” forma de parir!

**Data:** de \_19\_/\_11/\_2018\_ a \_25\_/\_11/\_2018\_

**Campo clínico:** Centro Hospitalar Barreiro-Montijo;

**Local:** Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

No dia 22 de novembro, a A.B. foi induzir o TP por idade gestacional avançada. Sobrinha de uma Pediatra do Hospital, vinha munida de um papel desenhado por si, que manifestava as suas preferências de parto. Dançámos, balançámos, andámos, até que a dor se instalou e os 3 cm de dilatação abriram a hipótese de se administrar analgesia epidural.

Perto das 21h30 a grávida chamou e, a minha orientadora daquele turno, por sua vez muito virada para o parto fisiológico e ativo, deu-me indicações para fazer o toque vaginal. Quando o fiz, a apresentação estava ainda alta, mas dilatação quase completa com um pequeno rebordo à esquerda e feto em posição occipito-anterior. A Enfª pergunta à A.B. se gostaria de se levantar e tal sugestão foi consentida pela mesma, como se fosse a melhor proposta do mundo. Assim que se levanta fica ainda mais queixosa, dançou ao “som” das contrações e dado que já não estava a aguentar as dores foi incentivada a deitar-se e é aí que duas forças provocadas pela pressão do útero e vontade do futuro recém-nascido, pelas 21h48 nasce uma menina linda, e uma mulher feliz, com ar de quem acabou de passar por uma experiência maravilhosa.

Eu também vivi uma experiência maravilhosa, na qual eu fui “aquela” que recebi o bebé que a “aquela” mulher colocou no Mundo. Foi lindo... e é isto que tenciono fazer durante o tempo que conseguir ficar com um sorriso na cara e uma lágrima no olho, por ver estas mulheres se sentirem capazes de dar à luz de forma natural.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Garante um ambiente seguro durante o TP e parto (H3.1.2); b) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); c) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (H3.1.4); d) Identifica e monitoriza o TP (H3.2.1); e) Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (H3.2.4); f) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (H3.3.5) (OE, 2010).



## **8º JORNAL - Fazer ou não o toque vaginal para controlo da evolução do Trabalho de Parto!**

**Data:** de \_10\_/\_12\_/\_2018\_ a \_16\_/\_12\_/\_2018\_

**Campo clínico:** Hospital Garcia de Orta; **Local:** Internamento de Ginecologia e Grávidas

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

Na noite de 11 para 12 de dezembro, a I., grávida de 33 semanas, tinha entrado na tarde com ameaça de parto pré-termo (APPT) por rotura prematura de membranas (RPM). Durante o início da noite referiu algum desconforto por continuar a perder líquido amniótico, que lhe foi explicado durante a realização do CTG. Este revelava-se tranquilizador, verificando-se boa variabilidade cardíaca fetal e sem registo de contractilidade.

Pelas 2h da manhã, mantinha-se queixosa e por isso fez-se um Paracetamol endovenoso com pouco efeito. Às 3h, como se mantinha queixosa fez-se novamente um CTG, que evidenciava as mesmas características do anterior, mas a I. encontrava-se ruborizada, sudorética e, efetivamente, o seu abdómen ficava tenso com intervalos curtos e duração prolongada. Pediu-me sempre que não a deixasse e, entre dentes, pedia-me que a ajudasse. E foi o que fui fazendo dentro das minhas possibilidades.

Até que um contacto telefónico da mãe da I. para a urgência de obstetrícia, despoletou algum desconforto e fez com que um médico da urgência viesse fazer um toque vaginal, do qual se percebeu que a I. já estava com 9cm de dilatação. Foi encaminhada para o bloco de partos, sempre a referir que a minha orientadora não a estava a ouvir e a agradecer-me imenso pelo que fui fazendo.

A minha orientadora acabou por me dizer: “foi bom para refletires que as queixas das mulheres devem ser sempre valorizadas!”, manifestando alguma “tristeza” por aquela situação ter acontecido, mas não quis fazer o toque dado que se conhecia como se encontrava o colo uterino, na ecografia feita naquela manhã e uma vez que se estava perante uma APPT.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios técnicos apropriados (H2.2.2); b) Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (H2.2.4); c) Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (H2.2.6); d) Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte (H2.3.6) (OE, 2010).

O Diagnóstico de APPT deve ser feito tendo por base: a) a probabilidade da grávida ter o risco para tal; b) verificar sinais premonitórios e c) diagnosticar parto pré-termo (PPT) em curso. A existência de alguns sinais e sintomas podem ser indicativos de APPT/PPT, nomeadamente: algias abdominais e/ou pélvicas, lombalgias, pressão pélvica, alterações de fluxo vaginal e contrações uterinas dolorosas ou não. Perante estes sintomas deve ser realizado um exame pélvico e ecografia transvaginal do colo uterino (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016). Tal exame tinha sido realizado naquela manhã e foi tido em conta na nossa tomada de decisão relativamente aos cuidados a ter à grávida. A I. já tinha cumprido a administração de terapêutica tocolítica (atosibano); a última dose de dexametasona seria para ser administrada às 6h, para completar o ciclo de corticoides para maturação pulmonar fetal; o Sulfato de Magnésio (para neuroprotecção), assim como a profilaxia da infeção por *Estreptococos B-hemolítico* do Grupo B que já estava em curso.

O internamento da I. tinha como objetivo prolongar o mais possível que o parto se desse. Pelo menos para fazer cumprir o ciclo de corticoterapia.

Segundo a biblioteca Cochrane, estudos observacionais demonstraram que o toque vaginal pode acelerar um parto perante rotura de membranas, por conseguinte, num parto pré-termo o mesmo se aplica (Alexander S, 2010). Como o objetivo seria fazer com que a I. entrasse, o mais tarde possível, em TP ativo tal foi sempre evitado e realizado pelo médico obstetra.

Contudo, outros sinais estavam presentes em como se poderia estar perante uma mulher em TP ativo, sem necessitar realizar toque vaginal. Também um estudo de revisão Cochrane, revela que o progresso do TP pode ser avaliado observando-se os comportamentos das mulheres, como vocalização, descoloração da pele e mudanças comportamentais (alteração na respiração, conversação, humor, energia, movimento e postura durante as diferentes fases de TP). Duff desenvolveu um modelo para avaliação de trabalho baseado no comportamento “observado” e “comunicado”, depois formou subgrupos de comportamentos de contração “entre” e “durante” e diferenciou os comportamentos em trabalhos espontâneos e induzidos. Apesar de haverem poucas desvantagens para as mulheres e bebés no uso desta abordagem, a sua eficácia na avaliação do progresso do TP ainda não está estabelecida. (Downe, Ml Gyte, Dahlen, & Singata, 2013)

Seria interessante dar continuidade ao projeto de Duff, contudo é extremamente minucioso e moroso para ser realizado neste período de estágio (Duff, 2005). Embora mais estudos sejam prementes neste sentido, (Downe et al., 2013) por este motivo as opiniões das

mulheres, sobre a forma de avaliar o progresso do TP, devem ser consideradas de suma importância, até porque uma experiência de parto positiva envolve também a autoestima materna, a competência e a autonomia, e é neste sentido que a Enfermagem em Saúde Materna deve caminhar (WHO, 2018).

**FONTES DE PESQUISA:**

- Alexander S, B. M., Ceysens G, Haelterman E, Zhang WH. (2010). Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour (Review) In: Cochrane Library.
- Downe, S., Ml Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2013). *Routine Vaginal Examinations for Assessing Progress of Labour to Improve Outcomes for Women and Babies at Term* (Vol. 7).
- Duff, M. (2005). *A study of Labour*. (Doutoramento), New Zeland. Retrieved from <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/20169/2/02whole.pdf>
- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-Termo. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.
- WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.



## **9º JORNAL - Indução de Trabalho de Parto – atitude interventiva ou expectante?**

**Data:** de \_10\_/\_12/\_2018\_ a \_01/\_01/\_2019\_

**Campo clínico:** Hospital Garcia de Orta; **Local:** Internamento de Ginecologia e Grávidas

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

A ITP é um acontecimento algo frequente no serviço de Internamento de Obstetrícia, no Hospital Garcia de Orta, local de estágio atual.

O interesse sobre o assunto prende-se com a manipulação de um processo que se espera ser fisiológico, o início de TP. Grávidas vindas do exterior, com marcação prévia em consulta periparto, com idade gestacional (IG) igual ou superior a 41 semanas.

Mas o que diz a evidência científica sobre o tema? O que dizem as organizações nacionais e internacionais sobre a indução do ITP? Porque é que as 41 semanas são consideradas data limite de uma gestação? Estarão estes fetos e respetivas mães, preparadas para o nascimento?

Este tema suscitou-me maior interesse porque também eu fui sujeita à aceleração do TP. Hoje em dia, não o teria feito, pois acredito que cada minuto que passa de todo o processo gravídico até ao nascimento de um bebé fazem parte do desenvolvimento de novos papéis de todos os elementos envolvidos. Para tal, enquanto futura EESMO, espero estar munida de informação para poder orientar as grávidas e respetivo companheiro para darem “tempo ao tempo”.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

A ITP consiste numa intervenção mecânica e/ou farmacológica, para desencadear o TP. Pode ter uma razão patológica, mas as mais apontadas são as gravidezes pós-termo e a rotura da bolsa amniótica sem TP (Fonseca, 2016).

Quando as grávidas entram no serviço para iniciar a ITP, são sujeitas à realização ecográfica para confirmar idade gestacional, índice de líquido amniótico, apresentação fetal e fluxos. Curiosamente deparei-me com idade gestacional alterada para 39 semanas e mais uns dias e não as 41 semanas, idade gestacional que consta no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). Quando coloquei a questão sobre essas situações a resposta dada foi que a idade gestacional deveria ser sempre determinada em função da ecografia do 1º trimestre. Mas uma mulher que saiba o seu interlúdio e assumindo que a fase luteínica são 14 dias, não será o método de avaliação da data provável do parto pela Regra de Naegele, um método mais seguro de

determinar a idade gestacional e conseguir perceber se estaremos a submeter uma grávida à indução do parto, antes do tempo?

Uma mulher que tenha um interlúdio de 28 dias, e tendo por base que a fase luteínica é de 14 dias, a ovulação deu-se ao 14º dia do ciclo menstrual. Determina-se a gravidez a partir da data da última menstruação cerca de 40 semanas, mas tendo em conta que a gravidez se dá no período da ovulação duas semanas (cerca de 14 dias) passam, ou seja a gravidez deve compreender 42 semanas desde a data da última menstruação. Assumir que o feto e mãe estão preparados para passar pelo parto será redutor certo? Já que duas semanas podem ser indispensáveis para a maturidade fetal assim como alterações físicas maternas, para que o TP se dê (Reflexo de Ferguson). Contudo, os resultados ecográficos contribuíram para uma determinação da IG adequada ao desenvolvimento fetal através de dados biofísicos do mesmo, mas simultaneamente estes resultados podem ser deturpados pelos mesmos dados que contribuem para a datação da idade gestacional.

Vivendo numa sociedade mais atualizada e ávida em conhecimentos relacionados com a sua saúde, principalmente com o momento da maternidade, uma fase da vida, geralmente feliz, planeada e desejada, deparei-me com vários casais na consulta peri-parto (consulta onde se validam exames realizados, realizam-se as últimas análises em falta e se agendam as induções de parto) a recusar assinar o consentimento para realizar ITP, optando por uma atitude expectante.

Como fui uma privilegiada em estar na consulta peri-parto, internamento de grávidas e ter ido ao puerpério, deparei-me com algumas das grávidas que recusaram a indução e que iniciaram o TP antes da data prevista para a ITP, outras no próprio dia em que seria agendada e ainda outras depois do tempo agendado. Como não fiz nenhum levantamento desses dados, os únicos dados foram obtidos de forma informal, e curiosamente culminaram em partos eutócicos com mãe e filho de boa saúde. Obviamente que não se podem generalizar estes episódios, mas são curiosos analisar desta simples forma.

No sentido de orientar a minha pesquisa, procurei saber o que diz a Organização Mundial de Saúde (OMS), a *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *The American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG), a Direção Geral de Saúde (DGS) e a evidência científica (Biblioteca Cochrane).

Em 2015 a OMS referiu que a indução do TP, é uma prática cada vez mais comum em todo o mundo, que acarreta riscos e está associada a um maior desconforto durante o TP. Critérios que fizeram desenvolver recomendações baseadas na evidência, para melhorar os

resultados maternos e neonatais. Um desses critérios para ITP é que a mulher tenha alcançado as 41 semanas de gestação, embora a própria OMS refira que a evidência é de baixa qualidade, ou seja, uma recomendação fraca, devido a erro nas datações da gestação.

É interessante verificar-se que os estudos nos quais a OMS se baseia sugere que, as mulheres devem ser aconselhadas adequadamente de forma a garantirem uma escolha esclarecida entre o agendamento da ITP numa gravidez pós-termo ou a monitorização da gravidez, sem indução (ou adiamento da indução). Muito embora haja evidência de menos mortes perinatais, menos cesarianas e de situações de morbilidade infantil (aspiração de mecónio), o risco absoluto de morte perinatal é baixo em induções de TP comparativamente a uma conduta expectante. Posto isto, o que a **OMS** recomenda é que **a ITP seja somente realizada quando houver a indicação e os benefícios esperados superarem potenciais danos**. As circunstâncias incluem, geralmente, a rutura de membranas amnióticas (sem TP), hipertensão difícil de controlar, morte fetal, restrição de crescimento fetal, corioamniotite, gravidez múltipla, hemorragia vaginal e diabetes descompensada.

A intervenção carece de autorização, e deverão considerar-se os desejos e preferências de cada mulher, assim como as condições do colo uterino, o método específico de ITP e as condições como paridade e rutura de membranas. Deve ser realizada cautelosamente, uma vez que há um risco de hiperestimulação uterina e eventual rutura e sofrimento fetal, num ambiente onde possa ser avaliado o bem-estar materno-fetal, de forma contínua, e onde possa ser realizada uma cesariana de urgência.

A OMS alerta ainda para o facto de uma ITP interferir no restante processo natural do parto, uma vez que limita os movimentos da grávida e exige uma maior monitorização do TP (Monitorização fetal externa/interna contínua) de forma a evitar potenciais riscos associados ao procedimento. Logo, todos os benefícios descritos pelos defensores do Parto Ativo serão impossibilitados, face à intervenção de induzir o parto e premência de vigilância apertada, podendo levar a distócias, sofrimento fetal e/ou cesariana de urgência.

A *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, reforça **a necessidade de se alertar as grávidas de que o TP vai desde as 38 e as 42 semanas de gestação**. Sugerindo o descolamento de membranas como método de evitar uma indução de TP medicalizada, mais interventiva e evitar uma gravidez prolongada. Após as 42 semanas de gestação, deve haver uma monitorização cardíaca fetal mais frequente (cerca de duas vezes por semana) acompanhada de ecografia para controlo do índice de líquido amniótico (NICE, 2008).



Todo o procedimento de indução deve ser explicado, assim como as razões para o fazer, quando e onde pode ser realizada e oferecer técnicas de apoio e alívio da dor, já que as mulheres tendem a considerar o trabalho induzido, mais doloroso que o trabalho espontâneo. Devem também ser dadas alternativas para a mulher que opta por ter uma atitude expectante, face ao início do TP. Devem ser explicados os riscos e benefícios da indução em circunstâncias específicas bem como os métodos de indução propostos, e alertar para que a indução possa não ser bem-sucedida, demonstrando as outras opções da mulher (NICE, 2008).

Do Relatório de Vigilância de 2017 – Indução de TP (2008), surge a *guideline* CG70, que recomenda prostaglandinas E2 vaginal (PGE2), como método de primeira linha, na indução do TP, limitando o uso do misoprostol e do mifepristone apenas para induções de parto em mulheres que têm um feto morto *in útero*. Contraindica a amniotomia isoladamente ou com ocitocina, como método primário de ITP, exceto se existirem razões clínicas específicas que seja impossibilitada a utilização da PGE2 vaginal (NICE, 2017).

A tomada de decisão deve ser consciente, por conseguinte deve ser dado tempo para que o casal possa discutir as informações que detêm, de forma a que dúvidas surjam e possam ser devidamente esclarecidas. O profissional de saúde deve apoiar o casal, independentemente da decisão que tomem (NICE, 2008).

*The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* **recomenda a indução do TP se a saúde da mãe e feto estiver em risco**, mencionando que a indução pode ser realizada se a grávida viver longe de um centro hospitalar (indução eletiva), não devendo ocorrer antes das 39 semanas de gravidez. Alertam para o facto de alguns métodos utilizados para ITP poderem causar hiperestimulação uterina, alterações cardíacas fetais, problemas do cordão umbilical, entre outros problemas. O amadurecimento cervical na indução pode estar associado a infeções maternas e fetais, rotura uterina, risco aumentado de cesariana e morte fetal (ACOG, 2017a).

Novas pesquisas sugerem que a ITP seja realizada em mulheres saudáveis com 39 semanas, cuja gestação seja a primeira a termo, para reduzir o risco de cesariana, pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional (ACOG, 2018).

Relativamente a uma gravidez de termo tardio (entre as 41 e 42 semanas de gestação) ou de mais 42 semanas (pós-termo) estão associados a um primeiro filho, do sexo masculino, se a gravidez anterior terminou no período pós-parto e se a mulher é obesa. Aumentando os riscos de natimorto, macrosomia, síndrome de pós-maturidade, aspiração de mecónio e diminuição do líquido amniótico, que pode causar compressão do cordão umbilical e restringir

o fluxo de oxigénio ao feto. Pode causar ainda hemorragia pós-parto, infeção e está associado a um aumento do parto vaginal assistido (parto distócico) ou por cesariana. A ACOG aconselha que sejam realizados exames periódicos nesta altura da gravidez para se detetarem desvios no sentido de se ter uma atitude interventiva ou expectante. Os exames são a monitorização fetal externa (CTG) durante 20 min, onde se avalia a variabilidade fetal e as contrações uterinas, avaliação do perfil biofísico através de uma ecografia, no qual se verifica a frequência cardíaca fetal, respiração, movimentos, tónus muscular e quantidade de líquido amniótico. Aconselham então que a ITP seja realizada às 41 semanas, com a aplicação de medicamentos ou outros métodos no sentido de amadurecer o colo uterino, preparando-o para o parto (maturação cervical).

Para induzir o TP aconselham o *stripping*, a amniotomia, administração de ocitocina, aplicação de prostaglandinas e/ou balão de algália para amadurecimento do colo do útero (ACOG, 2017b).

A Direção Geral de Saúde (DGS) determinou as diretrizes para a ITP, com base nas várias organizações em obstetria, nomeadamente em algumas que aqui foram apresentadas, contudo data de 2015 e, tal como é possível verificar-se, existem estudos mais recentes e que predefinem novas estratégias. No entanto, as bases estão presentes e são elas que passarei a nomear.

**A ITP ou maturação cervical devem ser aplicadas** e adaptadas à situação clínica presente, com base no índice de *Bishop*, idade gestacional, a pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal; e **quando o risco materno-fetal de se manter a gravidez é maior do que aguardar para iniciar TP espontâneo.**

Ao se instrumentalizar um fenómeno fisiológico, associam-se maiores riscos de complicações como hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina; assim como está geralmente relacionado com maior desconforto na parturiente durante o TP (comparativamente com o processo natural) e restrição da mobilidade materna pela necessidade de monitorização contínua. A DGS refere também que a indução com métodos farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, uma maior taxa de partos instrumentalizados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015).

Então e o que nos diz a evidência científica?

Um estudo apresentado na biblioteca Cochrane revela-nos um dado, a meu ver, interessante, uma vez que vai “contra” o que acreditava ser o melhor, uma atitude expectante. Contudo não será um estudo que ditará uma atitude a aplicar à população em geral, julgo eu.

Até porque todos as organizações nacionais e internacionais são unânimes em dizer que as situações devem ser avaliadas de forma individual, e deve-se atuar perante cada caso.

O estudo revelou uma frequência significativamente menor dos resultados adversos nos neonatos cujo parto resultou de ITP às 39 semanas de gestação (4,3%) em nulíparas, comparativamente com os nascidos após TP espontâneo (atitude expectante) (5,4%). Verificou-se, ainda, um aumento da frequência de parto por cesariana no grupo de conduta expectante, comparativamente com o grupo de indução (18,6% vs. 22,2%) mas também uma maior necessidade de intervenção dos partos resultantes de indução (Grobman et al., 2018).

Uma outra revisão Cochrane sobre induzir o parto ou ter uma atitude expectante, obtida de 30 estudos que incluíram 12000 grávidas, de qualidade moderada, revelou que a ITP está relacionada com menos mortes perinatais e natimortos (risco absoluto baixo), com menos cesarianas (menos 8%), mais partos intervencionados (em ITP com IG <41 semanas) e menor período de internamento do RN na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal. Traumas perineais, hemorragia pós-natal e desfechos importantes foram classificados de evidência moderada ou de baixa qualidade (Middleton P, 2018).

Relativamente à ITP em situações de macrosomia fetal, um estudo Cochrane, com quatro ensaios que incluiu 1190 grávidas não diabéticas, revelou que a ITP diminuiu a distócia de ombros e lesões do plexo braquial; contudo o risco de parto instrumentalizado e de desfecho em cesariana revelou-se pouco claro, embora uma política de indução possa reduzir um pouco o número de partos por cesariana. Houve mais lesões perineais nas ITP, mas um menor risco de aumento do peso fetal à nascença, embora em relação a este dado houvesse alguma controvérsia uma vez que a indução foi realizada em diferentes idades gestacionais e obtiveram-se diferentes pesos à nascença, revelando que a intervenção provavelmente não foi realizada cedo o suficiente para evitar o peso excessivo ao nascer.

Este estudo alerta ainda para o facto das imprecisões das estimativas pré-natais do peso fetal, podem levar à preocupação desnecessária das mulheres, fazendo com que algumas induções sejam realizadas sem motivo. A realização da indução de parto para diminuir os riscos de macrosomia fetal, pode levar a que os bebés nascidos antes do tempo, nasçam prematuros, com órgãos imaturos, e as evidências dos estudos revelam, embora não assumam como condição causa-efeito, uma maior necessidade de fototerapia.

Apesar de alguns pais e médicos acreditarem que a evidência já justifica a indução, outros discordam. Por conseguinte, será fundamental definir melhor a altura para induzir o parto



para evitar macrosomia fetal, assim como se refinarem os métodos de precisão do diagnóstico desta característica fetal (Boulvain, Irion, Dowswell, & Thornton, 2016).

Em suma, o que se pode resumir de todo o texto acima redigido é que enquanto futura EESMO, ser-me-á “exigida” uma atitude de complacência e respeitadora face à escolha da grávida/casal se deseja ter uma atitude mais interventiva ou expectante relativamente ao início do TP. Contudo, existe toda uma envolvente médica que está responsável pela saúde materno-fetal e que medeia fortemente as decisões e orientações destes casais. Perante um período de cerca de 9 meses de gestação, em que o último já acarreta alguns desconfortos, ansiedade e vontade de ver culminada esta fase, a proposta de acelerar o processo de ter o seu filho nos braços torna-se aliciente podendo levar o casal a aceitá-la como um meio para atingir o mesmo fim.

Tal como comigo aconteceu, aceitei a proposta sem saber os benefícios que teria em deixar a natureza atuar. Enquanto futura EESMO espero conseguir contribuir para que mulher/casal tome as suas decisões de forma informada e não levada pelo cansaço e por protocolos mediadores de uma prática assistente e interventiva com um objetivo tão natural e fisiológico como o TP.

#### **FONTES DE PESQUISA:**

- ACOG. (2017a). Frequently Asked Questions FAQ154 - Labor, Delivery, and Postpartum Care. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq154.pdf?dmc=1&ts=20190203T1540534911>
- ACOG. (2017b). When pregnancy goes past your due date. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq069.pdf?dmc=1&ts=20190203T1948270202>
- ACOG. (2018). Induction of Labour at 39 weeks. Boulvain, M., Irion, O., Dowswell, T., & Thornton, J. G. (2016). Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). Retrieved from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000938.pub2>. doi:10.1002/14651858.CD000938.pub2 Indução do trabalho de parto, Orientação: 002/2015 C.F.R. (2015).
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa.
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., . . . Macones, G. A. (2018). Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. Retrieved from <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>. doi:10.1056/NEJMoa1800566
- Middleton P, p. E., Crowther CA. (2018). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. In. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- NICE. (2008). Inducing labour. In.
- NICE. (2017). Induction of labour overview. In.

## **10º JORNAL - Trabalho de Parto**

**Data:** de \_11\_/\_02/\_2019\_ a \_09/\_03/\_2019\_

**Campo clínico** Hospital Lusíadas de Cascais; **Local:** Bloco de Partos

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

Quando achava que fazer o parto era difícil, longe estava de perceber como se chegava até lá.

Com a realização deste estágio, consegui perceber que, ou o bebé encaixou bem e fez a sua progressão no canal de parto de forma favorável para que a fase expulsiva seja facilitada, ou há que ser feita uma “boa” avaliação da cervicometria para se orientar o bebé neste sentido.

Falar-se de cervicometria é mais fácil do que fazê-la de forma correta. Por vezes há o cavalgamento dos ossos do crânio do feto pela compressão dos mesmos na progressão do canal de parto, outras vezes parece que a fontanela anterior é a posterior e vice-versa, e a formação de bossa serossanguínea, existindo ainda variadas situações que dificultam esta correta avaliação.

Contudo, após se perceber o que se “toca” (ponto de referência de uma parte do feto) poder-se-á aplicar posicionamentos na parturiente no sentido de promover uma melhor progressão do bebé no canal de parto e, por conseguinte, fazer com que o momento de nascimento seja menos traumático e mais célere.

Enquanto enfermeira num Hospital Privado, consegui perceber de que forma poderei fazer a diferença onde o parto é realizado pelo médico. Conduzindo-o e esperando que a Natureza atue no sentido de promover uma Experiência de Nascimento (mais) Positiva.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que poderei desenvolver nesta intervenção competências como: a) Garante um ambiente seguro durante o TP e parto (H3.1.2); b) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); c) Identifica e monitoriza o TP (H3.2.1); d) Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (H3.2.2); e) Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (H3.2.3); f) Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP (H3.2.4); g) Concebe, planeia,

implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (H3.2.6) (OE, 2010).

\*

Durante o TP vamos notando algumas mudanças físicas, emocionais e fisiológicas. Estas últimas, são passíveis de observar através do cardiotocograma (CTG), que nos dá a noção do bem-estar materno-fetal.

Para além destas evidências, através da avaliação da cervicometria conseguimos saber em que estágio do TP se encontra a mulher e quais as atitudes a tomar, quer seja para alívio da dor, para melhorar a progressão do feto no canal de parto e, até, para atuar no sentido de melhorar as condições durante este processo.

A avaliação da cervicometria não se traduz numa avaliação simples, apesar de dispormos de meios teóricos que nos facilitam a uniformização da mesma. O Índice de *Bishop* permite-nos traduzir o que observamos através do “toque”, padronizando as condições do colo uterino. A estática fetal possibilita-nos saber qual o “caminho” que o feto faz e a “direção” que segue, ao longo do canal de parto, até ao seu nascimento. Com a associação destes dois indicadores obtemos várias informações fundamentais, para acompanharmos a parturiente durante este momento que acarreta tantas emoções e sentimentos, que vão do mais negativo ao mais positivo numa questão de segundos.

Conhecendo a variedade da apresentação é possível aplicar técnicas para diminuir a dor e aumentar o relaxamento materno e, consequentemente, contribuir para uma maior tolerância da mulher para um TP mais prolongado, o que permite mais tempo para serem aplicadas medidas não farmacológicas. Aplicar medidas que reduzam a ansiedade, o medo e o sofrimento materno podem melhorar o progresso do TP e diminuir a produção de catecolaminas que podem resultar em desaceleração das contrações uterinas, assim como aumentar o stress fetal (Simkin & Ancheta, 2013).

A utilização do movimento durante o TP, quando bem aplicado, pode contribuir para a melhoria do bem-estar materno-fetal. Por exemplo, as posições semi-laterais e laterais, embora neutras, permitem que a parturiente exausta economize energia, principalmente se tiver estado acordada à muitas horas e/ou a andar por um longo período de tempo, podendo ser utilizada, também, quando o TP está a progredir muito rapidamente fazendo-o reduzir para um ritmo mais facilmente maneável. A adoção de posições verticalizadas, aproveitam a gravidade para fazer com que a apresentação solicite o colo uterino, melhorando a qualidade das contrações, e a descida do feto através do canal de parto.



Quando o feto está mal encaixado (assinclitismo, transverso ou ocipito-sagrado/ocipito-posterior - OP), pode-se colocar a parturiente inclinada para a frente (de quatro apoios) pois este posicionamento tende a aumentar a rotação fetal ou ajudar a manter a posição favorável (ocipito-púbico/ocipito anterior – AO) e reduzir a dor nas costas.

Embora a evidência científica da Revista *Cochrane* sugira que os posicionamentos de quatro apoios, de mãos e pés ou de *Gaskin* durante o segundo estágio de TP, não tenha tido uma repercussão estatisticamente significativa, (Hunter, Hofmeyr, & Kulier, 2007) durante a minha experiência neste local de estágio, tive a oportunidade de observar partos nos quais os bebês estavam em assinclitismo, a orientarem-se para posições mais favoráveis para a fase expulsiva. Também utilizámos a posição de *trendelenburg* para que a apresentação “subisse”, de modo que com o toque cervical “a” fizéssemos descer na posição mais facilitadora para o seu nascimento.

Ainda podem ser aplicadas posições assimétricas em que a mulher flexiona um quadril e joelho, mudando a pelve e, conseqüentemente, aumentando a rotação e reduzindo a dor nas costas.

Em distócia de ombro, a litotomia exagerada (manobra de *McRoberts*), permite aumentar o diâmetro do estreito inferior da bacia e facilitar a passagem de parte do feto que se encontra abaixo da sínfise púbica (Simkin & Ancheta, 2013).

Contudo, a posição que mais comumente a mulher se encontra durante o TP é em posição supina (decúbito dorsal), que tendem a causar hipotensão, aumentar a dor nas costas, aumentar a frequência e dor das contrações uterinas, mas com menor probabilidade de melhorar o progresso do TP (Balaskas, 2017).

No entanto, a adoção dos posicionamentos referidos acima, têm sido extremamente bem aceites pelas parturientes e respetivos companheiros (que nos auxiliam nestes posicionamentos, também), assim como dentro da própria equipa do Bloco de Partos (BP). Denota-se, claramente, uma mudança de paradigmas de quem ocupa, atualmente, estes locais.

Encontra-se um casal mais dotado de informações, frequentadores de Preparação para o Parto e/ou leitura de documentação sobre o nascimento, com menos tabus e com grande confiança nos EESMO. Julgo que estamos no bom caminho. Pois, cada vez mais me parece que no BP quem domina e é mais confiável é a Equipa de Enfermagem, uma vez que está associada a procedimentos mais naturais e menos interventivos.

Faz-se, então, cumprir o que a Ordem dos Enfermeiros preconiza como sendo o escopo de atuação do EESMO, a promoção do parto normal, com grande enfoque no parto natural,

reforçando que a evidência científica revela que uma maior satisfação da mulher está associada a uma experiência de parto natural e, principalmente, ao tipo de assistência que lhe é prestada. (OE, 2015)

**FONTES DE PESQUISA:**

Balaskas, J. (2017). Parto Ativo. In: 4 Estações Editora.

Hunter, S., Hofmeyr, G. J., & Kulier, R. (2007). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).

OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.

OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2013). The Labor Progress Handbook - Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia (Wiley-Blackwell Ed.). UK.

## **11ª JORNAL - “Tin” Hour**

**Data:** de \_11/\_03/\_2019\_ a \_31/\_03/\_2019\_

**Campo clínico:** Hospital CUF das Descobertas; **Local:** Internamento de Puerpério

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

Ao contrário do que esperava, o campo de estágio no serviço de Puerpério está-se a revelar mais interessante do que acreditava vir a ser. Se era possível, está a fazer-me apaixonar, ainda mais, pela área da Saúde Materna.

É um serviço em que temos vários elementos a quem dirigir cuidados, orientações e acolher na sua individualidade. Novos papéis se desempenham, se acumulam e incertezas surgem. Sentimentos como medo, ansiedade, incerteza e insegurança, facilmente se instalam e tomam conta do (in)consciente dos elementos envolvidos.

O nosso papel enquanto enfermeiro pode fazer toda a diferença. Mas como EESMO pode fazer, realmente a diferença, se quisermos e estivermos interessados.

Deparo-me com alguma reserva por parte dos profissionais de saúde que neste serviço desempenham funções. Argumentam que as “mulheres são chatas”, difíceis, com “memória seletiva”, exigentes e com pouca autonomia, pois desejam que se lhes faça “tudo”.

Já antes, no curso de Licenciatura, já me tinha apercebido desta “reserva”, mas hoje, com mais maturidade e por ter passado pelo puerpério também, provavelmente ter sido intitulada como “chata”, vejo aqui uma janela de oportunidade de crescer, analisando o que motiva este ciclo “vicioso”.

Desejo fazer a diferença... se fizer na vida de um casal, já considero um ganho em Saúde Materna.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que poderei desenvolver nesta intervenção competências como: a) Informar e orientar sobre os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida (H4.1.1); Informar e orientar a mulher sobre o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido (H4.1.2); Informar e orientar a mulher sobre a sexualidade e contraceção no período pós-parto (H4.1.3); Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (H4.1.4); Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto (H4.1.5) e Conceber, planejar,



coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável (H4.1.6). (OE, 2010)

Gostaria de fazer uma ressalva relativamente às competências anteriormente mencionadas, no que diz respeito ao recetor da informação. Acredito e sempre que posso, dirijo-me à puérpera e ao pai do recém-nascido (ainda não ocorreu serem ambos do mesmo sexo, mas creio que o procedimento deva ser o mesmo), assim como a algum elemento escolhido pelo casal para colaborar nas tarefas nos primeiros dias de pós-parto.

Para uma Parentalidade (mais) positiva (Parentalidade Partilhada) e com a vontade, cada vez maior, por parte do homem em participar e colaborar nos cuidados ao recém-nascido, há que contribuir para esta mudança de paradigma. (CITE, 2013)

\*

A fenomenal Midwife Karen Strange chamou ao momento do parto, “Golden Hour”. Com humildade e sem me querer equiparar a tão célebre mulher, gostaria de denominar ironicamente, a fase do puerpério como “Tin Hour”.

É comumente relatado pelas puérperas alguns lapsos de memória, nesta fase e na que a antecede. Estudos indicam que a gravidez e a lactação estão associadas a uma variedade de alterações na plasticidade neural, funcionando como pré-requisito para o desenvolvimento fetal e neonatal adequado e crucial para a saúde fisiológica e mental da mãe. Algumas das mudanças cerebrais da mulher são fundamentais para o início, manutenção e regulação do comportamento materno, na construção do “ninho”, aliciamiento do outro e proteção do recém-nascido. Por outro lado, são responsáveis também pelo controlo da memória, do aprendizado e nas respostas ao medo e stress. (Hillerer, Jacobs, Fischer, & Aigner, 2014)

Uma das hormonas responsáveis por tais alterações, é a prolactina. Esta é responsável pela angiogénese, resposta imune, osmorregulação, comportamento reprodutivo e lactogénese. A presença desta hormona, juntamente com o estradiol, a testosterona e o cortisol, está associada ao comprometimento cognitivo na recordação verbal e nas tarefas que envolvem velocidade de processamento, durante o período gravídico. (Cabrera-Reyes, Limón-Morales, Rivero-Segura, Camacho-Arroyo, & Cerbón, 2017)

A fase do puerpério é uma fase em que a mulher está mais focada nos cuidados ao recém-nascido, em detrimento de si própria. É acompanhada de alterações hormonais, de mudanças psicológica, familiar e social, da adoção de novos papéis e aceitação da nova imagem

corporal, identidade e sexualidade. (Leitão, 2016) Ou seja, é uma fase, onde se deve atuar com grande sensibilidade, calma, tempo e de acordo com a real necessidade da puérpera/casal.

A díade/tríade permanece no serviço de internamento de puerpério cerca de 2-3 dias. Este período é reduzido perante a imensidão de ensinamentos, que ainda com alguma frequência, se aguardam fazer nesta altura. Embora existam os Cursos de Preparação para o Parto, e neles se abordem vários temas, a mulher dirige a sua atenção para o momento mais próximo e menos conhecido, o parto. Os cuidados ao recém-nascido, ainda sem recém-nascido, distancia a necessidade de apreender os ensinamentos recebidos. Quando a puérpera (e pai) se depara(m) com as inúmeras exigências deste período a insegurança instala-se.

A necessidade de aprender tudo sobre os cuidados à mulher, recém-nascido e nova realidade parental, face às rotinas, redução de recursos humanos e rotatividade de clientes, são fortes obstáculos a um eficaz acompanhamento do casal e superação dos objetivos do serviço. A Visita Domiciliária Puerperal, foi uma medida aplicada para suprir as necessidades iniciais (na primeira semana pós-parto) desta fase da vida da mulher/casal. Nesta procura-se a promoção de saúde infantil e satisfação materna, através de um atendimento individualizado, sem rotinas e no ambiente em que a tríade se encontra a adaptar-se a uma nova realidade familiar.

Contrariamente ao que as redes sociais, os *media* e a sociedade em geral, transparece, o pós-parto não é uma fase “cor-de-rosa”. A “cor” que revestem esta fase é promotora de culpa, vergonha e/ou incapacidade em ser-se uma boa mãe (bom pai), pois a realidade não se assemelha ao que é mostrado, um estado de plena tranquilidade, bebé a dormir e a mamar de forma perfeita e uma mulher com corpo de modelo.

Pessoalmente acredito que um momento com os moldes dos Cursos de Preparação para o Parto, devesse ser realizado nesta Transição para a Parentalidade. Em grupo, permite-se a troca de ideias, relativas a situações semelhantes, mas com olhares diferentes, sob a orientação de um profissional de saúde que medeia o que é dito, no sentido de se aferirem os conceitos e comportamentos promotores de saúde, num ambiente descontraído em que todos os envolvidos estarão presentes (mãe, pai e recém-nascido).

Embora os ensinamentos por parte de todos os profissionais de saúde devam ser iguais, existem características e crenças individuais de cada um, que fazem com que os mesmos sejam comprometidos. A imparcialidade deve estar presente nos ensinamentos que são feitos, na medida em que se apliquem as orientações mais recentes nos cuidados ao recém-nascido e puérpera e não fundamentados pelas crenças individuais dos profissionais de saúde. As evidências científicas

que suportam as orientações mais recentes permitem um melhor bem-estar da puérpera e recém-nascido, critérios fundamentais, descritos pela OMS, para se atingir uma experiência de nascimento positiva.

**FONTES DE PESQUISA:**

- Cabrera-Reyes, E., Limón-Morales, O., Rivero-Segura, N., Camacho-Arroyo, I., & Cerbón, M. (2017). *Prolactin function and putative expression in the brain* (Vol. 57).
- Hillner, K. M., Jacobs, V. R., Fischer, T., & Aigner, L. (2014). The maternal brain: an organ with periparturient plasticity. *Neural plasticity*, 2014, 574159-574159. doi:10.1155/2014/574159
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). Lisboa.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.



## **12º JORNAL - Plano de Parto**

**Data:** de \_29\_/\_04/\_2019\_ a \_19/\_05/\_2019\_

**Campo clínico:** Maternidade Alfredo da Costa (MAC); **Local:** Bloco de Partos

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

No dia 17 de maio do corrente ano, durante o turno da manhã, recebemos um casal, que já estava no Bloco de Partos (BP), proveniente do Serviço Materno-Fetal (SMF), com 8 cm de dilatação, após ITP, por alteração das enzimas hepáticas (aumento das transaminases). A Sr.<sup>a</sup>. A.N. de 34 anos, IO: 0000; IG: 40s, foi sujeita a Amniotomia pelas 8h, com saída de líquido claro, e iniciada perfusão de ocitocina (PO) por Trabalho de Parto (TP) estacionado (desde as 3h), após a administração de analgesia epidural.

Após a minha apresentação como aluna e alguma conversa de “circunstância”, conseguimos criar um ambiente de alguma familiaridade e confiança, que possibilitou “fazermos” um Plano de Parto (PP) oral. A mulher solicitou que o seu marido nunca conseguisse ver a fase expulsiva (combinámos o local estratégico em que tal fosse possível); ninguém tencionava cortar o cordão umbilical e o contacto pele-a-pele seria um grande objetivo assim como amamentar na 1ª hora de vida do RN.

Culminámos a conversa com a frase do companheiro: “Estás a ver? Estavas tu preocupada que não tínhamos feito um PP. Tal como nos disseram na Preparação para o Parto (PPP), também podíamos fazer quando estivéssemos no BP!”. Fiquei extremamente feliz por, além de ter ganho a confiança do casal, termos organizado os seus desejos ao ponto de me pedirem que fosse eu a fazer-lhes o parto.

Contudo, não foi possível. O feto estava direito-ocipito-transverso e mesmo após vários posicionamentos não conseguimos que se “orientasse”, acabando por ter que se fazer um parto por fórceps, após tentativa de ventosa, sem sucesso.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que poderei desenvolver nesta intervenção competências como: a) Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (H3.1.1); Garantir um ambiente seguro durante o TP e parto (H3.1.2); Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); Identificar e monitorizar o TP (H3.2.1); Identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o TP e parto referenciando as situações

que estão para além da sua área de atuação (H3.2.2); Identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução durante o TP e parto referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (H3.2.3); Avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP (H3.2.4); Conceber, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (H3.2.5) (OE, 2010).

\*

Após cerca de 4h da dilatação ter ficado completa, com grande abertura por parte da equipa de enfermagem e médica para que eu pudesse estar “à-vontade” com o casal, durante o TP, decidiram que já tinha passado muito tempo, sem alteração da variedade do feto e, por conseguinte, declarou-se distócia de progressão e optou-se por parto ajudado/parto distócico.

Envolvidos em alguma tristeza, os três continuámos no planeamento do parto. Fiquei eu responsável por acompanhar a parturiente e não a largar, com o compromisso de a ir informado sobre o que se estava a passar, ajudando-a no que fosse sendo preciso e em informar o companheiro sobre o desfecho final.

Desta forma, tão simples, compreendi a importância do EESMO no parto distócico. Não é na realização de manobras, colocação de soros e uterotónicos, é o apoio emocional, o acompanhamento, dedicação e não abandono de um projeto que também se torna nosso quando nos envolvemos com o outro – empatia.

A A.N. passou por muito. As ventosas utilizadas não aderiam o suficiente impossibilitando a realização do vácuo necessário para a extração do feto. Mesmo com fórceps, a extração estava deveras complicada. O resultado foi a extração de um RN do sexo masculino de 3525g, IA 9/10/10 e uma laceração de Grau III com necessidade de marcação de consulta génito-urinária.

Logo após deixar a puérpera tranquila, dizendo-lhe como estava o seu filho, e deixá-la confortável, perguntei-lhe se podia ausentar-me para ir informar o seu marido sobre como estavam os dois, ao que me consentiu.

Tal como combinado, fui ter com o companheiro da A.N. e contei-lhe o essencial para que percebesse que tudo tinha terminado bem e mãe e RN se encontravam bem de saúde. Chorou e abraçou-me, agradecendo por tudo o que fizemos juntos. Neste momento eu estava com uma estudante de enfermagem que tencionava vir ver-me a partejar mas que depois acompanhou-me no meu “roteiro”. Ela própria olhou para mim com um brilho nos olhos e disse: “Se eu tinha dúvidas da área que depois irei optar, hoje fiquei sem elas”. E agradeceu-me também.

No dia seguinte fui ver o casal e o RN ao puerpério e mais uma vez, fui recebida com um enorme carinho e agradecimento. Na altura só estava mãe e bebé. Pouco tempo depois chegou o pai e, novamente com os olhos em lágrimas disse-me: “Vocês as duas foram as maiores (eu e a A.N.) Obrigada por tudo. Até a “miúda” que estava consigo estava em euforia. Já viu o que fez por todos nós os quatro?!”(referia-se também à aluna de enfermagem). Fiquei envergonhada, mas agradeci e fiz questão de dizer que o mérito tinha sido todo deles os três.

O elogio não me é muito fácil receber, principalmente quando sinto que não consegui ir ao encontro dos objetivos traçados no Plano de Parto que fizemos entre os três. De qualquer forma, tenho consciência que um TP e parto são eventos que acarretam imprevisibilidades e que no decorrer deste processo fisiológico poderão existir situações que levam a alterações no plano de parto inicial (APDMGP, 2015).

Antes de termos ido para o Bloco Operatório, estive imenso tempo com o casal. Foram praticadas várias posições (de quatro apoios, de cócoras, agachamentos, bola de Pilates – círculos, “infinitos”, para a frente e para trás, para a direita e para a esquerda -, de pé, a dançar). Mas por último, após fazer novamente a avaliação cervical, toquei numa orelha abaixo da sínfise púbica, o que me pareceu que o feto estaria em direito-ocipito-transverso (e/ou assinclitismo). Após esta avaliação optei por colocar a mulher em decúbito dorsal direito para que o feto rodasse para ocipito anterior, mas infelizmente sem sucesso (relembrando-me da leitura que andava a fazer do livro de Simkin & Ancheta de 2013). Após o nascimento do RN percebi que o formato da cabeça não era o mais fácil. Tinha um perímetro cefálico grande (a “olho nú”) e era “achatada” o que dificultava o encaixe na pelve materna.

\*

O EESMO tem as competências necessárias para prevenir as distócias durante o TP, permitindo desta forma reduzir e evitar que as mulheres desanimem e fiquem desapontadas com um TP prolongado ou complicado. As causas de distócias durante o TP são inúmeras, intrínsecas e/ou extrínsecas. As intrínsecas consistem na eficácia das contrações uterina, o tamanho, forma e mobilidade articular da pelve e o alongamento e resistência do canal de parto (a passagem), tamanho e forma da cabeça fetal, apresentação fetal e posição (o passageiro), a capacidade da mulher para lidar com a dor e a ansiedade e, também, o estado emocional desta.

Relativamente às causas extrínsecas, são o ambiente (sentimentos de segurança física e emocional gerados pelo ambiente e pessoas que envolvem a mulher), fatores etnoculturais (nível de sensibilidade e respeito pelas necessidades e preferências baseadas na cultura da mulher), políticas hospitalares ou dos cuidadores (flexibilidade, cuidados centrados na família



ou na mulher) e os cuidados psico-emocionais (atuação com base nas técnicas não farmacológicas e não médicas na experiência do parto).

O prestador de cuidados, neste caso o EESMO, pode avaliar a mulher por base em observações objetivas (sinais vitais da mulher, padrão de frequência cardíaca fetal, apresentação fetal, posição e tamanho, avaliação cervical, avaliação da intensidade, frequência e duração da contração uterina, estado das membranas e tempo), ou observações subjetivas (afeto da mulher, descrição da dor, nível de fadiga e capacidade de lidar com técnicas de auto-cura) (Simkin & Ancheta, 2013).

Com estes conhecimentos, num ambiente que dispõe de medidas alternativas ao que é natural e fisiológico, temos a segurança necessária para podermos atuar com mais confiança que mãe e filho ficarão de boa saúde. Apesar de ter noção, e até já ter abordado o assunto em jornais anteriores, de que a intervenção leva a mais intervenção, sendo a realidade que se conhece (espero que possa ter outra, com os anos de experiência futura), os desvios ao nascimento natural tornam-se mais seguros em meio Hospitalar. Não sendo opositora do Parto no Domicílio, necessito deste nível de segurança para poder acompanhar a mulher durante o TP e parto. Sim, porque a responsabilidade que se tem neste acompanhamento já é bastante quando as condições de segurança estão presentes.

Saber que existem alternativas seguras para um desfecho feliz, dispondo das condições para fazer cumprir os desejos da mulher/casal para TP e P é para mim, com os recursos disponíveis pelo sistema nacional de saúde português, uma condicionante para um Nascer (mais) positivo.

#### **FONTES DE PESQUISA:**

- APDMGP. (2015). O Plano de Parto ou Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto. In.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2013). *The Labor Progress Handbook - Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (Wiley-Blackwell Ed.). UK.

### **13ª JORNAL - 40º Parto... O Parto que o casal quis ter e o que tanto pedi para fazer**

**Data:** \_06/\_06/\_2019\_

**Campo clínico:** Maternidade Alfredo da Costa (MAC); **Local:** Bloco de Partos

#### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

No dia 6 de junho, no turno da noite, entrou pela urgência, uma grávida proveniente do domicílio que ficou internada na Sala de Partos por REBA das 4h, de líquido claro.

Era um casal italiano, cujo primeiro filho tinha nascido em Itália, de Parto Natural, e esse era o grande desejo para o nascimento deste segundo filho, também.

Era um casal extremamente seguro um do outro e com grande cumplicidade. Visto de fora parecia que dançavam ao ritmo da contração e ao som das vocalizações da mulher. Todo o TP foi feito por ambos, através da aquisição de vários posicionamentos, diálogo entre os dois e a harmonia que se instalou num espaço físico com recursos humanos que pouco importavam.

Aquele casal era “meu”! Foram ordens do meu supervisor clínico que tão bem me conhecia, assim como sobre os meus objetivos pessoais.

Na verdade, aquele casal não era meu... era um do outro e a minha presença era quase invisível, surgindo apenas quando me chamavam. Foi uma vocalização diferente, vinda do quarto, que me fez observar a parturiente e perceber que estava em dilatação completa e a apresentação à vulva. Preparei a mesa de parto e posicionei a parturiente como a própria desejava e eis que o RN nasceu às 7h54, cheio de saúde, com 3810g e IA 9/10/10.

Tinham-me pedido para que o RN se mantivesse ligado à placenta até dequitar, mas devido ao GS da parturiente ser 0Rh+, a própria preferiu que se clampeasse o cordão para se colher o sangue do RN em vez de ter que se colher sangue diretamente do próprio.

Tudo isto se passou entre mim e o casal, com o apoio entre porta (literalmente) do meu supervisor clínico e uma colega que me ajudou a “receber” o RN.

#### **Competências desenvolvidas nesta intervenção:**

Sinto que poderei ter desenvolvido nesta intervenção competências como: a) Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (3.1.1); Garantir um ambiente seguro durante o TP e parto (3.1.2); Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (3.1.3); Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido (3.1.4); Identificar e monitorizar o TP (3.2.1);

Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (3.2.5); Assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina. (D.R., 2ª série – n.º – 3 de maio de 2019)

### **Análise crítica da situação:**

Tendo em conta o tema do meu projeto de Relatório de Estágio - Nascer Positivo. Expectativas/Experiências de primigrávidas e primíparas e seus companheiros sobre o nascimento, e o mesmo estar intimamente ligado a uma experiência de nascimento satisfatória e positiva, mote em destaque nas últimas orientações da OMS de 2018, acredito que o casal tenha conseguido alcançar as preferências idealizadas e por isso terem tido uma experiência de nascimento positiva.

Nesta situação promoveu-se o direito à mulher desenvolver o TP num ambiente seguro, no enquadramento de cuidados médicos, sendo simultaneamente, o centro da intervenção. Cumpriram-se as crenças, reconheceram-se as expectativas pessoais e socioculturais do casal e nasceu um bebé saudável, num ambiente clínico e, julgo que, psicologicamente seguro.

Desde a sua entrada na sala de partos, toda a intervenção foi recusada, mais concretamente a analgesia. Embora o casal não tivesse um Plano de Parto escrito, nem o tivesse falado connosco, percebeu-se que tencionavam vivenciar este momento de forma natural, apesar de terem com eles Essências Florais, cuja aplicação era gerida pela própria parturiente. Certo é que a grávida entrou sem alteração ao nível do colo cervical e em menos de três horas o seu bebé já estava a respirar por si.

A OMS lançou um parecer sobre as essências florais, em 1983, esclarecendo que cada uma trata de uma determinada pessoa com uma condição particular, não apresentando efeitos colaterais nem oferecendo perigo no caso de ser mal “prescrito” (WHO, 1983).

Após algum estudo superficial sobre a aplicação das essências florais e induzida pela curiosidade dos seus efeitos durante a gravidez, TP e pós-parto, porque não aprender um pouco mais sobre a questão?! Numa primeira análise, existem testemunhos que referem que o TP foi menos demorado, que tiveram menos dor e menos medo, sentindo-se verdadeiramente capazes de passar por todo o processo sem necessidade de recorrer a outros métodos da medicina convencional. A inscrição no curso no workshop “Aromoterapia na Gravidez, TP e Pós-Parto” no Congresso de Saúde Materna e Obstétrica “Nascer em Família: O Desafio da Inovação”, foi o passo seguinte, até porque o “saber não ocupa lugar”.



A parturiente vivenciou de forma natural aquele momento de nascimento. Aparentemente, sem pudores, hesitações ou medo, utilizou a vocalização como método de relaxamento, e através de um parto ativo, “trabalhou” para ele (Balaskas, 2017).

Nas nossas salas de parto existem vários profissionais. Cada um com as suas correntes motivadoras que estruturam a sua forma de estar e agir durante o processo de nascimento. Alguns que passaram por várias formas de ensino, métodos de controlo da dor, uns mais tecnicistas, outros mais naturalistas, uns mais rígidos e outros mais flexíveis, mas todos fazem a diferença no ato de partear. O que importa, realmente, é que os desejos e ideais de cada parturiente/casal sejam permitidos e acompanhados de grande compaixão e sem procrastinação.

O método psicofilático condicionou, durante muitos anos, e em alguns sítios os seus efeitos ainda se fazem sentir. Impediu a liberdade da mulher, através do controlo da respiração, condicionando-a em termos físico e psicológico. Atualmente a mulher/casal desejam ter um papel ativo e interventivo, questionando e participando na tomada de decisões, estando envolvidos no processo de nascimento.

Fala-se de um nascimento orgásmico. Dar à luz em êxtase. Deixando-se atuar a sequência de hormonas que a Mãe Natureza criou para que a mulher possa entrar na maternidade, transformada a todos os níveis. Atribui-se a competência inata que a mulher tem para fazer as escolhas certas para si a todos os aspetos na maternidade (Hotelling, 2009). E vendo o nascimento desta forma, faz-me desejar voltar atrás no tempo e querer assim renascer com o nascimento dos meus filhos. Uma vez que é utopia, porque não ajudar as mulheres/casais a ver e a viver o nascimento desta forma?!

Procurar mudar o paradigma do ciclo Medo-Tensão-Dor para Ocitocina-Dor-Adrenalina-Endorfina, é premente, assim como saber o papel que cada um representa trabalhando para avançar no processo de parto e nascimento, culminando-se com a pressão da apresentação, que estimula os recetores de estiramento na parte inferior da vagina, desencadeando o reflexo de ejeção fetal até trazer o bebé para o exterior do útero, com mais facilidade e rapidez (Hotelling, 2009).

Para que o relaxamento se faça com mais naturalidade Ina May Gaskin trouxe-nos a Lei do esfíncter, tão bem conhecida pela parturiente que acompanhei. Esta lei consiste na abertura do esfíncter cervical permitindo a descida do bebé, ou que se feche dificultando a movimentação deste através do canal de parto (Gaskin, 2002; Amis & May Gaskin, 2004).

Os esfíncteres funcionam melhor num ambiente tranquilo, de maior intimidade e privacidade e fecham perante situações que provoquem perturbação, humilhação e medo,

levando à libertação de adrenalina na corrente sanguínea. Curiosamente, o relaxamento da boca e mandíbula está diretamente correlacionado com a capacidade do colo uterino, vagina e ânus se abrirem até à sua capacidade total.

E tendo já conhecimento desta técnica, assim ajudei a manter a iluminação baixa, limitei o número de entradas para dentro e para fora da sala e pouco falei com o casal evitando o estímulo mental (a estimulação do neo-córtex) (Balaskas, 2017).

Tal como referi anteriormente, alguns profissionais imbuídos pelos seus próprios conceitos de parir, procuraram bloquear a vocalização da parturiente, através de mim, com o incentivo de que tais sons estariam a assustar as outras parturientes. Além de não o fazer, sugeri que se falasse antes com as outras parturientes e se explicasse o motivo daqueles sons. Talvez uma onda de solidariedade e de sentimento de compaixão por todas estarem naquela sala de partos pelo mesmo motivo, despoletasse o interesse por se deixarem ir e através da sua própria liberdade e aceitação parissem de forma natural e tranquila.

Todo aquele contexto, essências florais, cocktail hormonal, sensação de segurança, carinho oferecido pelo seu companheiro, transformou aquela mulher, deixando que o seu corpo respondesse, os esfíncteres se relaxassem e o seu bebé nascesse com muita tranquilidade.

Talvez seja interessante abandonar-se o termo “delivery” por “giving birth”, ou seja, de “entrega” (passarmos para as mãos de alguém) para “dar à luz”. Desta forma transfere-se para primeiro plano quem está a passar pelo processo (mulher), dando-lhe autonomia e capacidade para ser ela a fazê-lo sem sentir a necessidade de intervenção externa.

Ainda relacionado com as expectativas da parturiente, o clampeamento do cordão umbilical, após a dequitação, não foi concretizado. Eu não o fiz uma vez que o casal optou por colher o sangue do recém-nascido diretamente do cordão, em vez de ao próprio bebé. Contudo deixei que o cordão deixasse de pulsar, mantendo a garantia de que ainda ficaria com algum sangue para colher para tipagem do RN.

O que a OMS preconiza é que tal procedimento seja realizado 1-3 minutos após o nascimento para que o sangue seja transferido da placenta para o bebé, podendo aumentar o volume de sangue da criança até um terço. O ferro no sangue aumenta o armazenamento de ferro do recém-nascido, vital para o desenvolvimento saudável do seu cérebro. Além disso, o sangue extra ajuda o bebé a adaptar-se melhor à vida extrauterina e os seus pulmões recebem mais sangue para que a troca de oxigénio através deste, possa ocorrer sem problemas. (OMS, 2013)

Contudo, no dia seguinte, o meu orientador apresentou-me uma excelente solução. Colher sangue diretamente dos vasos da placenta após a dequitação. E eu perguntei-lhe porque não me disse no próprio momento em que tudo estava a acontecer para conseguir ir ao encontro de todas as preferências do casal. Ao que me respondeu: “Já tinhas dito que não dava. Se eu fosse refutar poderiam perder a confiança em ti!”. E, efetivamente, a confiança que depositaram em mim foi crucial para que me aceitassem para fazer parte daquele momento tão especial para ambos.

Fiquei desiludida comigo, mas na verdade fiz o melhor que soube naquela altura. Com o aprendizado deixei de considerar urgente clampar o cordão, passei a dar tempo ao recém-nascido-mãe-pai e a promover aquele momento em que parece que tudo pára, o momento após o nascimento.

Sinto-me grata por todas as aprendizagens adquiridas neste parto, para além de o ter acompanhado sozinha, assumi a responsabilidade de cada passo que dei e ainda fui ao encontro das expectativas do casal. E é verdade, uma experiência de parto positiva também o pode (e deve ser) para o próprio Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica só assim se concorre para um Nascer (mais) Positivo.

#### **FONTES DE PESQUISA:**

- Amis, D., & May Gaskin, I. (2004). #1: labor begins on its own. *The Journal of perinatal education*, 13(2), 6-10. doi:10.1624/105812404X109474
- Balaskas, J. (2017). Parto Ativo. In: 4 Estações Editora.
- Gaskin, I. M. (2002). *Spiritual Midwifery*. Book Publishing Company.
- Hotelling, B. A. (2009). From psychoprophylactic to orgasmic birth. *The Journal of perinatal education*, 18(4), 45-48. doi:10.1624/105812409X474708
- OMS. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2)
- WHO. (1983). *Traditional Medicine and Health Care Coverage*. Bannerman et al



## **14ª JORNAL - Orientação positiva vs. Aquisição de Competências**

**Data:** de \_29\_/\_04/\_2019\_ a \_01/\_07/\_2019\_

**Campo clínico:** Maternidade Alfredo da Costa (MAC); **Local:** Bloco de Partos

### **EDITORIAL:**

#### **Situação:**

O último momento de estágio de natureza profissional, que me permitiu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, assim como de conteúdos que me permitirão a elaboração do relatório final foi realizado com um “Mestre” na arte de transmitir ensinamentos, proporcionar os momentos certos para crescer enquanto futura EESMO, assim como a “cuidar” de mim enquanto pessoa. Como forma de agradecimento, esta reflexão sobre o meu processo de aprendizagem, fruto da orientação do Enf.º César, ser-lhe-á entregue, de forma simbólica após a sua atribuição da minha nota de avaliação.

Como característica individual, tenho alguma dificuldade em trabalhar sob pressão e/ou repressão. A Natureza foi sábia e colocou-me alguém que tem o poder de orientar, ensinar e retificar sem opressão, sem stress e com muita paciência. Sentir-mo-nos compreendidas, aceites e apoiadas faz-nos ter (exatamente) a mesma postura com o outro.

Tenho total consciência que as competências que desenvolvi durante este estágio foram da inteira responsabilidade e habilidade do orientador de estágio local, com a coorientação da Profª Margarida, a quem agradeço profundamente.

Utilizo, então, este meu último Jornal de Aprendizagem para homenagear quem me orientou durante estes 10 meses de grande luta, alguns desafios, dissabores, mas principalmente, de grandes vitórias, crescimento pessoal e profissional. Estou certa de que cada momento (dentro e fora do âmbito do estágio) foi fundamental para ser a pessoa que sou hoje e a EESMO que serei no futuro, deixando a promessa de procurar ser cada vez melhor para continuar a zelar por um Nascer cada vez (mais) Positivo.

Grata a todos!

#### **Análise crítica da situação:**

De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica (*DR., 2.ª série – N.º 113 – 14 de junho de 2018; Regulamento n.º 366/2018*), o exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica é determinante para assegurar um suporte efetivo e integrante na relação supervisiiva, de forma a garantir qualidade no processo de

acompanhamento e desenvolvimento de competência pessoais e profissionais, em busca da construção crítica-reflexiva e consolidação da identidade profissional.

Muito embora a anterior descrição venha definir o perfil e termos de Certificação da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, no âmbito do Exercício Profissional de Enfermagem, utilizei o referido regulamento no sentido de avaliar e parabenizar a forma de ensino vs. supervisão clínica que me foi facultada.

Almejo chegar a tão singela forma de orientar um colega, quer no local de estágio (Enf.º C.) quer ao nível da escola (Profª Margarida), a) reconhecendo e demonstrando um exercício de supervisão com conduta ética onde estará refletido o compromisso social com o bem-estar e segurança da pessoa, bem como a responsabilidade da qualidade e a segurança do ambiente do trabalho; b) desenvolvendo um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte de forma sistemática, com o objetivo de ser estruturante para a aprendizagem e melhoria das práticas clínicas e um meio para encorajar a autoavaliação e o desenvolvimento de capacidades analíticas e reflexivas coresponsabilizando-se pelo desenvolvimento pessoal e profissional da díade supervisor/supervisado e pela mediação do processo supervisivo, assente num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes articuladas e sistematizadas em prol da excelência do exercício profissional; e por último, c) demonstrando sentido de responsabilidade no acompanhamento dos processos de indução profissional e/ou assunção de novos papéis profissionais do supervisado, salvaguardando e garantindo uma prática profissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem, assim como promovendo/facilitando a tomada de decisão em enfermagem pelo supervisado e desenvolvendo com este a comunicação intra e interprofissional, num contexto da prática multidisciplinar e integrada, com vista à obtenção de elevados padrões de qualidade.

Posto isto, listo alguns tópicos que considero terem sido fundamentais para o meu processo de aprendizagem, aquisição de competências de futuro EESMO (*Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019 - Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica), assim como me sinto grata por cada um deles:

- a) Através da apresentação, regular, de temas importantes e comuns na área da obstetrícia (Ameaça de Parto Pré-Termo, Distócia de ombros, Síndrome anti-fosfolipídico (SAAF), realização de ecografias, utilização/dosagem/administração do salbutamol na tocólise, consequências da Diabetes Gestacional, entre outros); assim como discutindo/analizando de forma crítica os diferentes casos, os meus

comportamentos/attitudes/intervenções adequadas aos diagnósticos de enfermagem de forma a planearmos os cuidados à mulher de forma individualizada.

- b) Gradualmente e sempre acompanhando, a atribuição de responsabilidade, através da cedência de maior liberdade nos cuidados à mulher/família, permitindo-me realizá-los, “errando” (de forma segura) e adquirindo segurança, de forma paulatina, mas sempre incitando o sentido crítico e exigência pessoal.
- c) Através de uma interação/disciplina positiva, focando-se no encorajamento, com uma mente disponível, agindo com discernimento sem colocar as suas expectativas em mim, cultivando a minha gratidão/aceitação pessoal.
- d) Utilizando perguntas curiosas, motivando a autoanálise, auto pesquisa e autoconhecimento para uma aquisição de competências seguras e baseadas na evidência, principalmente obtidas de forma autónoma e de livre vontade.
- e) Afastando-se da crítica e valorizando as conquistas, assim como nos devemos focar na maternidade e cortar com os paradigmas atuais de que está sempre associada à patologia. Ao nos concentrarmos na Fisiologia da própria Maternidade, do próprio TP e parto, dirigimo-nos para o ambiente em que o EESMO tem competências para intervir autonomamente – Gravidez de Baixo Risco. (OE, 2015)

Em suma, e sugerindo que os orientadores façam uma autoanálise e verifiquem que se enquadram, perfeitamente, nestas competências. Desta forma, também fiquei a saber como se pode facilitar no processo de aprendizagem dos meus colegas. Sim, porque não é só com a nossa experiência que aprendemos. Através das atitudes, comportamentos e formas de estar também conseguimos formar a nossa própria identidade, adotando aquelas que se coadunam com a nossa conduta de vida, valores e forma de estar.

#### **FONTES DE PESQUISA:**

OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.



## APÊNDICE E – Certificado de trabalhos realizados no âmbito do V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações sociais (CLBSERS)



Certifica-se que o trabalho intitulado "EFEITO DO PLANO DE PARTO NA EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO EM PRIMÍPARAS. PROJETO DE PROTOCOLO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA" realizado por Cláudia Agostinho; Margarida Sim-Sim foi apresentado como **POSTER** no V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais, promovido pela Universidade de Évora, pela Universidade Federal da Paraíba e pela Rede Internacional de Pesquisa Sobre Representações Sociais em Saúde (RIPRES), por **Cláudia Agostinho** que decorrerem nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2018, na Universidade de Évora, em Portugal.

Pela Comissão Científica



(Fernanda Mendes)



Certifica-se que o trabalho intitulado "EXPETATIVAS DO TRABALHO DE PARTO VERSUS PROPOSTA DE PLANO DE PARTO: PROJETO ACADÉMICO DE INVESTIGAÇÃO" realizado por Cláudia Agostinho; Margarida Sim-Sim foi apresentado como **POSTER** no V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais, promovido pela Universidade de Évora, pela Universidade Federal da Paraíba e pela Rede Internacional de Pesquisa Sobre Representações Sociais em Saúde (RIPRES), por **Cláudia Agostinho** que decorrerem nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2018, na Universidade de Évora, em Portugal.

Pela Comissão Científica



(Fernanda Mendes)



V COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO

28/30 novembro 2018

## CERTIFICADO

SOBRE SAÚDE,  
EDUCAÇÃO E  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (CLBSERS)

Évora - Portugal

X FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (FISERS)

Certifica-se que o trabalho intitulado "**AMAMENTAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ. AS SUAS CONSEQUÊNCIAS**" realizado por Cláudia Agostinho; Ana Frias, foi apresentado como **Comunicação Oral** no V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais, promovido pela Universidade de Évora, pela Universidade Federal da Paraíba e pela Rede Internacional de Pesquisa Sobre Representações Sociais em Saúde (RIPRES), por **CLÁUDIA AGOSTINHO**, que decorreram nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2018, na Universidade de Évora, em Portugal.

Pela Comissão Científica

  
(Felfelina Mendes)





## APÊNDICE F – Certificado de participação na 2ª Edição do Health Insights



# CERTIFICADO

Certifica-se que Claudia Agostinho  
participou na **segunda edição do Health Insights - ciclos de formação para Profissionais de Saúde** - realizada no dia 20 outubro de 2018 no Hotel Vila Galé Cascais, Lisboa, Portugal, que decorreu entre as 9h00 e as 17h30, com os seguintes conteúdos:

**Saúde da Mulher**  
**A perspectiva psico-neuro-endocrino-imunológica aplicada à saúde materna:**

- \* Sinais de saúde ao longo do ciclo fértil feminino
- \* Estratégias práticas para promover e controlar a fertilidade
- \* Sinais de saúde na gravidez e no parto
- \* Estratégias práticas para promover a gravidez e o parto fisiológicos

**Um momento único para o futuro do recém-nascido**  
O papel decisivo do Profissional de Saúde, na utilidade futura do sangue do cordão umbilical

**Saúde do recém-nascido**  
**A perspectiva psico-neuro-endocrino-imunológica aplicada à saúde do recém-nascido:**

- \* Sinais de saúde do recém-nascido associados ao temperamento e ao padrão de sono
- \* Cólicas no recém-nascido: as causas fisiológicas e as interpretações parentais
- \* Estratégias práticas para promover a homeostasia durante os primeiros meses de vida

A Sementes & Laços,



(Conceição Santa-Marta,  
Enf. Obstetrícia)



A Crioestaminal,



(Isabel Ferreira,  
Enf. Obstetrícia)



A Crioestaminal,



(João Duarte/Diretor Comercial)





## CERTIFICADO

Certifica-se que Claudia Agostinho  
participou no **Health Insights** - ciclos de formação para Profissionais de Saúde -  
realizada no dia 15 novembro de 2018 no Biocant Park - Centro de Inovação em  
Biotecnologia, Cantanhede, Portugal, que decorreu entre as 9h00 e as 18h00, com os  
seguintes conteúdos:

- \* **Ferramentas práticas de reconhecimento e promoção da fisiologia na gravidez e no parto**
  - \* Workshop - Ferramentas para promover o posicionamento e o encaixe fetal
  - \* Workshop - Ferramentas para promover a progressão fetal no período expulsivo
- \* **Visita ao Laboratório da Crioestaminal**
- \* **Um momento único para o futuro do recém-nascido**
  - \* O papel decisivo do Profissional de Saúde, na utilidade futura do sangue do cordão umbilical

A Sementes & Laços,

(Conceição Santa-Martha,  
Enf. Obstetrícia)

(Isabel Ferreira,  
Enf. Obstetrícia)



A Crioestaminal,

(João Duarte, Diretor Comercial)



## APÊNDICE G – Documento enviado para candidatura ao Prémio Nascer Positivo, Poster (Imagem e PowerPoint) e respetivo certificado de realização de poster e de participação de workshop's

### **CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DAS CANDIDATURAS**

• **Enquadramento do projeto:** identificação clara da(s) necessidade(s) com base num diagnóstico de situação, assim como de objetivos e metas devidamente fundamentados.

"Nascer Positivo" é um movimento recente da OMS, que no seguimento de outras orientações, recomenda o Plano de Parto. O Plano de Parto, Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto (PP), consiste num documento escrito, individualizado, realizado de preferência entre as 28-32 semanas de gestação, uma via para obter as condições que a mulher prefere e necessita no decorrer do TP. O PP servirá, como elo entre o casal e a equipa de saúde, promovendo a comunicação clara entre ambos. Contudo, este plano deve ser realista, exequível e flexível dados os possíveis desvios na evolução do TP.

A experiência de TP tem também destaque na nova diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS) – modelo de cuidados intraparto. Sublinha-se o direito da mulher para desenvolver o seu TP num ambiente seguro, no enquadramento de cuidados médicos, sendo simultaneamente, o centro da intervenção. Surge assim o novo conceito de parto positivo. Resulta do a) cumprimento e superação das crenças, reconhecendo expectativas pessoais e socioculturais da mulher; b) do nascimento de bebés saudáveis em ambiente clínico e psicologicamente seguro; c) da continuidade do apoio prático e emocional do nascimento e ainda d) do acompanhamento de uma equipa clínica tecnicamente competente.

Com esta investigação pretende-se atingir os seguintes objetivos: a) Descrever as expectativas da grávida e respetivo companheiro quanto ao trabalho de parto e b) identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

• **Relevância do projeto:** promoção de ganhos em saúde materno-infantil, centrados na mulher/casal e no recém-nascido.

Se o desenvolvimento científico-tecnológico levou a maior medicalização no processo de parir, não anula o determinismo biológico, no conflito do dilema obstétrico e na necessidade socio-emocional de amparo e ajuda. O progresso técnico ter-se-á sobrevalorizado, em detrimento do que é natural, criando na mulher uma certa insegurança e sentido de incapacidade para o TP. Tal afetará, porventura, a sua experiência de maternidade. Atingiu-se uma medicalização tão elevada que em movimento de equilíbrio, a nível nacional e internacional, emanaram orientações, sobre o valor maior do parto vaginal (i.e., Portaria n.º 310/2016; DR, 1.ª série — N.º 236, 12 de dezembro).

O objetivo de atuação do EESMO é a promoção do parto normal, com enfoque no parto natural. A evidência revela que uma maior satisfação da mulher com a experiência de parto está associada ao parto natural e principalmente, ao tipo de assistência que lhe é prestada. Os cuidados oferecidos pelo EESMO são flexíveis, criativos, promotores de capacitação/empoderamento e apoio às mulheres. Têm por base num modelo assistencial holístico, que olha a família em transição, em ambas as figuras parentais. Além deste *modus operandi* desejável no exercício dos cuidados, a aplicação de um PP redigido pela mulher/casal, pode ser medida otimizadora da experiência de parto e do resultado. É na realidade através da evidência e do respeito pelas características individuais de cada mulher, que o EESMO concorre para a autonomia nas suas práticas, perseguindo simultaneamente novas diretrizes de instituições/entidades/figuras representativas em saúde, como é a OMS, o programa *Mother-Friendly Childbirth Initiative* (MFCI), a *International Confederation of Midwives* ou a Ordem dos Enfermeiros.

• **Estratégias de implementação do projeto:** definição de estratégias para a concretização das metas propostas.



O estudo assenta numa metodologia descritiva, transversal e quantitativa. A aplicação do instrumento de recolha de dados, às mulheres/casal, utentes dos serviços onde se realiza o Estágio, será sujeita a permissão do supervisor clínico. Terá o consentimento informado do utente. Os procedimentos metodológicos em respeito pela propriedade intelectual, incluem o pedido de permissão à autora original da *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ), para utilização do instrumento, que foi concedido.

O instrumento de recolha de dados está dividido em três partes:

- a) Dados demográficos;
- b) Dados obstétricos;
- c) Uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ).

O CEQ foi desenvolvido para estudar a perceção das mulheres na primeira experiência de parto, medindo importantes aspetos da satisfação materna no TP e P. A versão utilizada é composta por 37 itens, distribuídos por cinco fatores (ambiente de cuidados – 13 itens; expectativa de dor no parto – 5 itens; apoio do marido/companheiro – 6 itens; controlo e participação e suporte médico – 4 itens). A resposta é dada segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). Os itens negativos serão revertidos. O score obtém-se pela soma, variando entre 37 a 185.

• **Estratégias de avaliação do projeto:** definição de métodos e indicadores de avaliação adequados aos objetivos propostos.

A amostra é de conveniência de grávidas/companheiros, por recrutamento, nos serviços onde se realiza o Estágio, no enquadramento da experiência clínica da mestranda. Estima-se atingir aproximadamente 80-100 casos. Na seleção de participantes consideram-se como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falado e escrito; b) maior idade; c) gestação de feto único e d) estar no 3º trimestre de gravidez.

A recolha de dados ocorrerá durante o período compreendido entre janeiro de 2019 a Fevereiro de 2019, às grávidas respetivos companheiros que reúnam critérios de inclusão, mencionados anteriormente. O tratamento e análise dos dados, realiza-se no Software IBM® SPSS®, versão 24.

Apresentadas estas ideias e considerando-se a descrição das expectativas e experiências do TP da mulher/casal, julga-se confluir para uma melhoria dos cuidados do EESMO.

• **Coerência do Projeto:** coerência entre as necessidades identificadas, os objetivos e metas delineadas, as estratégias de implementação e os métodos de avaliação definidos, bem como os meios necessários para operacionalizar o projeto.

Considera-se importante estudar este tema, no sentido em que a experiência de nascimento influenciará restantes gravidezes da mulher/casal. Destaca-se, assim, o papel da mulher, como o centro do processo de TP, para que possa tomar decisões e o EESMO, como o agente com competências necessárias para promover experiências positivas de parto.

• **Sustentabilidade do projeto:** sustentabilidade técnica e financeira do projeto.



# EXPECTATIVAS DE GRÁVIDAS E SEUS COMPANHEIROS SOBRE O NASCIMENTO

Cláudia Agostinho\* (MSc Student) &amp; Margarida Sim-Sim (PhD)



\*carla\_catarina@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A experiência do nascimento permanece na memória da mulher/casal. Sendo um evento esperado pela grávida/casal e na história humana tão longínquo quanto a espécie, as expectativas que rodeiam o Trabalho de Parto (TP), constroem-se a partir da informação oferecida pelo decorrer das gerações, pela previsão de quem viverá o fenómeno. Ou seja, radicam-se em conhecimentos, experiências, crenças e condicionantes socioculturais. As expectativas face ao nascimento, referem-se à antecipação do que é desejado, face ao que se imagina necessário no TP. É através das expectativas que se avalia a experiência vivida, que sendo satisfatória, concorre para sentimentos positivos. “Nascer Positivo” é um movimento recente da OMS, que no seguimento de várias orientações, recomenda o Plano de Parto (PP). O PP é um elo entre o casal e a equipa de saúde, promovendo a comunicação clara entre ambos (OE, 2012; WHO, 2018). Na equipa de saúde, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna (EESMO) é, porventura o agente de saúde mais próximo da mulher, dispondo de competências para promover experiências positivas.

## OBJETIVO

Descrever as expectativas das grávidas e companheiros relativamente ao nascimento.

## MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, com enquadramento em formação académica de 2º ciclo. Amostra de conveniência de 50 grávidas no 3º trimestre, com feto único, recrutadas em hospital da periferia de Lisboa. Dados recolhidos em fevereiro e março de 2019. Em sub-amostra, recrutaram-se 21 companheiros. **INSTRUMENTOS:** Questionário em papel com a) dados sociodemográficos e b) escala *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kao et al, 2004), com 5 dimensões. **PROCEDIMENTOS:** registo na Comissão de Ética da Universidade de Évora - 18132; parecer positivo do Hospital em 31.1.2019. Princípios éticos acautelados, com pedido de consentimento e dados anonimizados.

## RESULTADOS

Grávidas, com idades entre os 18-46 anos (M=32.02; DP=6.47). Companheiros com idade entre os 24-43 anos (M=33.30; DP=6.07). Das participantes a maioria está empregada (n=38; 71.7%).

Estado civil: declaram-se solteiras 16 (30.2%), referem ser casadas 10 (18.9%), em união de facto vivem 26 (49.1%) e uma é divorciada (1.9%).

Em análise de respostas múltiplas observa-se, que nas grávidas, a fonte de informação mais nomeada sobre o PP é a Classe Pré-natal, enunciada por quase metade (48.8%), seguindo-se a consulta com 24.4% de nomeações (figura 1)

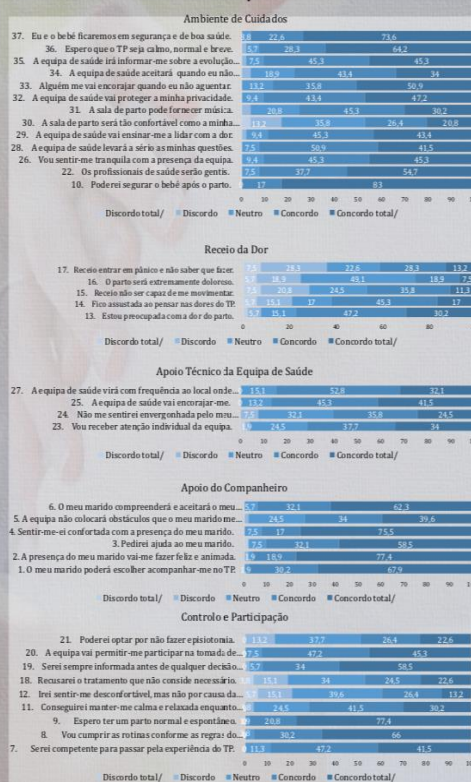
Sx FREQUÊNCIAS			
Via de conhecimento da finalidade do PP	Respostas		
	N	Percent.	Percent. Casos
Classe Pré-natal	20	38.5%	48.8%
Consulta	10	19.2%	24.4%
Ao fazer CTG	2	3.8%	4.9%
Familiares	4	7.7%	9.8%
Internet	9	17.3%	22.0%
Enfermeiros	6	11.9%	14.6%
Outras fontes	1	1.9%	2.4%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>	<b>126.8%</b>

a Grupo de discórdia tabulado no valor 1.

Figura 1 Análise de Respostas Múltiplas.

## RESULTADOS (cont.)

Os gráficos abaixo apresentam os resultados de acordo com as dimensões teoricamente definidas pelos autores.



## CONCLUSÕES

As participantes esperam ter um TP normal, de forma ativa e uma experiência *friendly*, nas várias dimensões. Sugerem os resultados que perdura nas participantes uma ideia fundamental, que sublinha a antevisão de um nascer (mais) positivo.

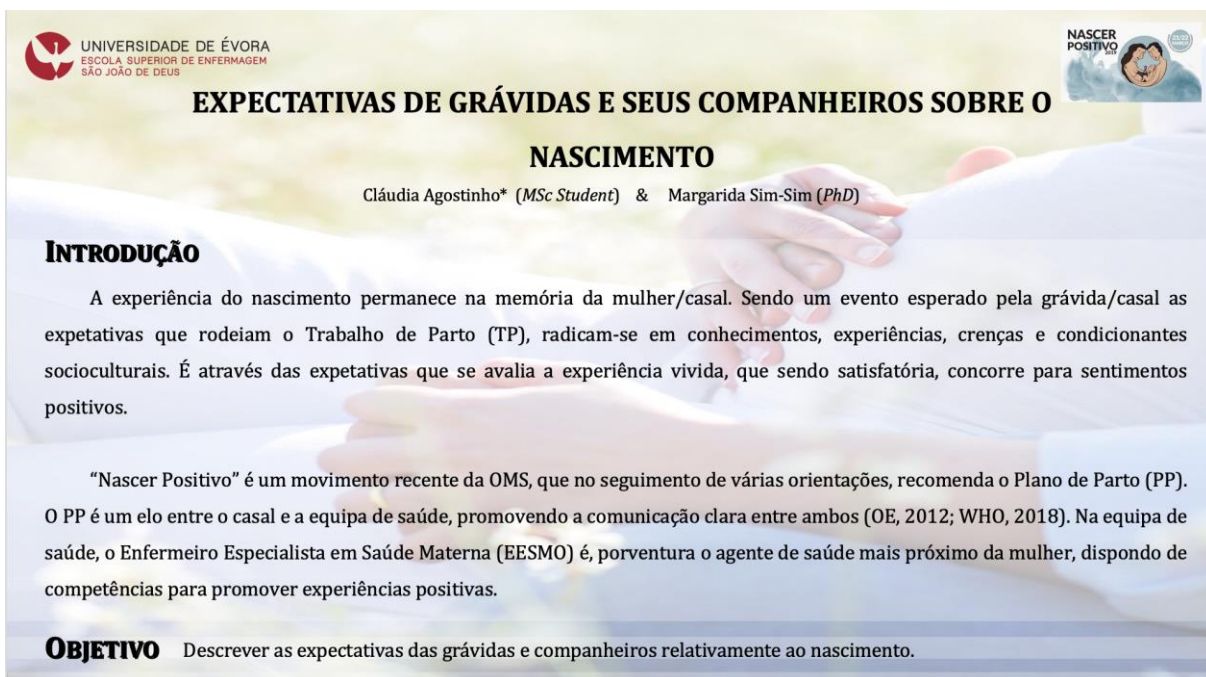
## REFERÊNCIAS


Kao, B.C., Gau, M.L., Wu, S.F., Kuo, B.J., & Lee, T.Y. (2004). A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 191-202.  
 OE. (2012). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Parecer nº 7/2012 - Plano de Parto. In Lisboa.  
 WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.


## AGRADECIMENTOS

Pela colaboração, agradecemos à Sr.ª Enfermeira-Chefe e EESMO Ganda Cêncio, Sr.ª Enfermeira ESMO Helena Marchão, Sr.ª Enfermeira ESMO Sara Palma, Sr.ª Enfermeira ESMO Sónia Nunes e aos participantes que partilharam as suas expectativas.





 UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



## EXPECTATIVAS DE GRÁVIDAS E SEUS COMPANHEIROS SOBRE O NASCIMENTO

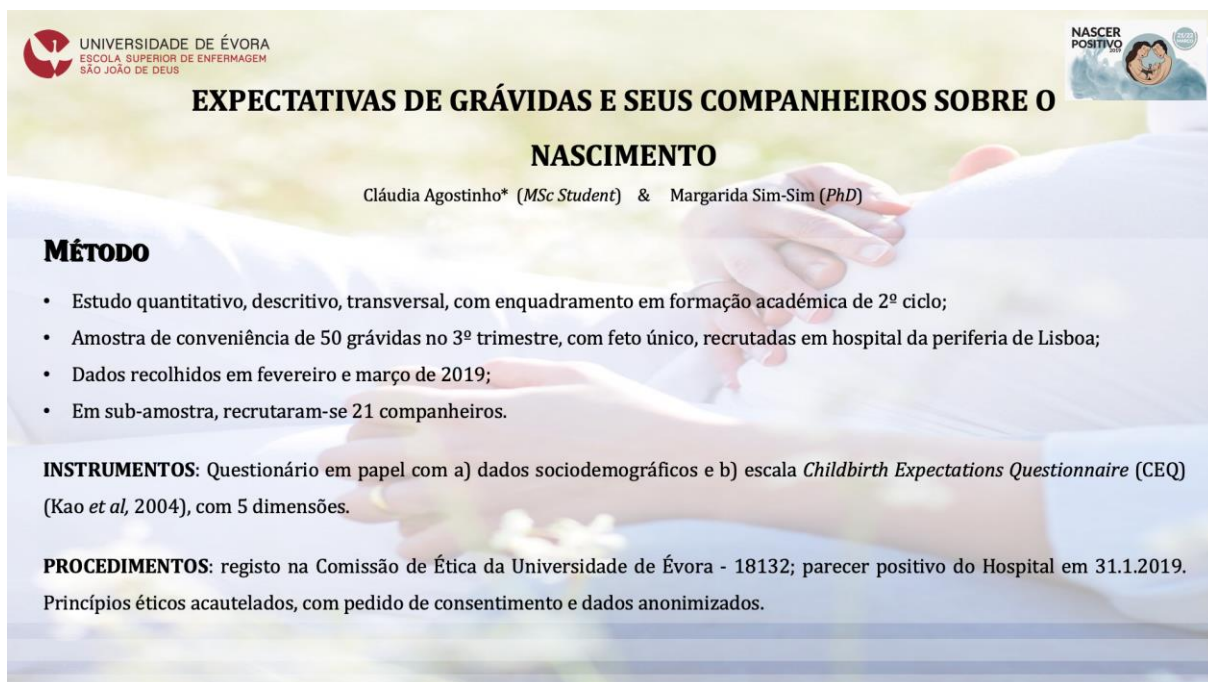
Cláudia Agostinho\* (*MSc Student*) & Margarida Sim-Sim (*PhD*)


### INTRODUÇÃO


A experiência do nascimento permanece na memória da mulher/casal. Sendo um evento esperado pela grávida/casal as expectativas que rodeiam o Trabalho de Parto (TP), radicam-se em conhecimentos, experiências, crenças e condicionantes socioculturais. É através das expectativas que se avalia a experiência vivida, que sendo satisfatória, concorre para sentimentos positivos.

“Nascer Positivo” é um movimento recente da OMS, que no seguimento de várias orientações, recomenda o Plano de Parto (PP). O PP é um elo entre o casal e a equipa de saúde, promovendo a comunicação clara entre ambos (OE, 2012; WHO, 2018). Na equipa de saúde, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna (EESMO) é, porventura o agente de saúde mais próximo da mulher, dispondo de competências para promover experiências positivas.

**OBJETIVO** Descrever as expectativas das grávidas e companheiros relativamente ao nascimento.



 UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



## EXPECTATIVAS DE GRÁVIDAS E SEUS COMPANHEIROS SOBRE O NASCIMENTO

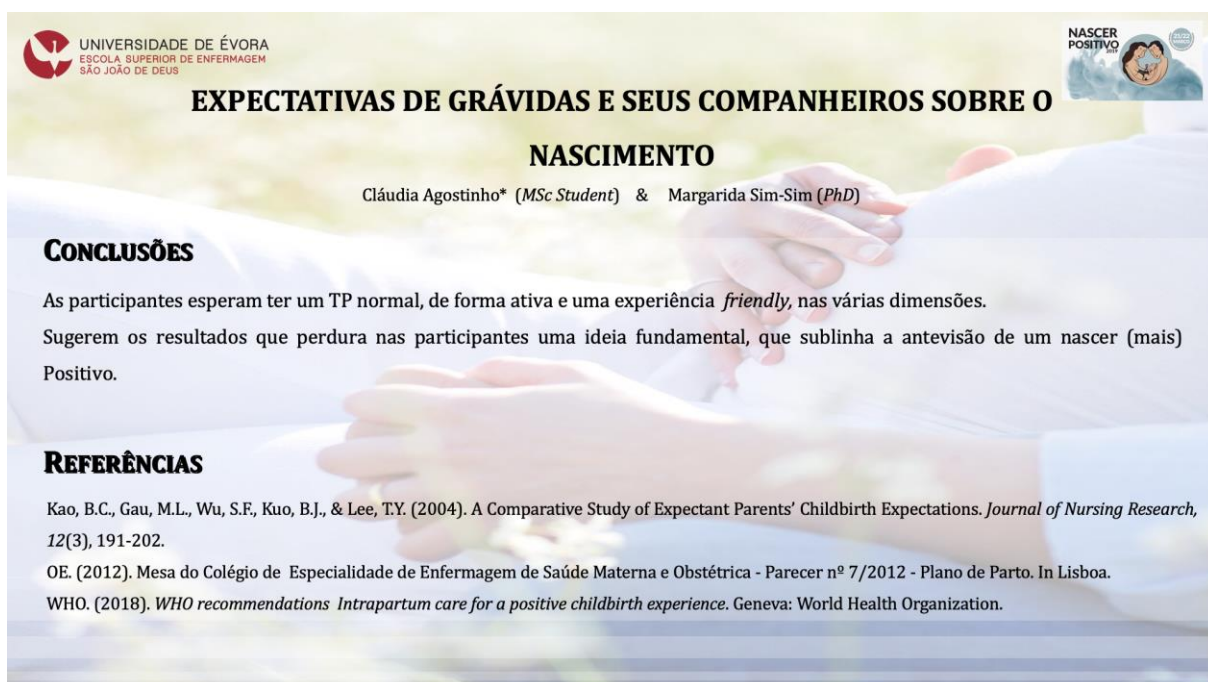
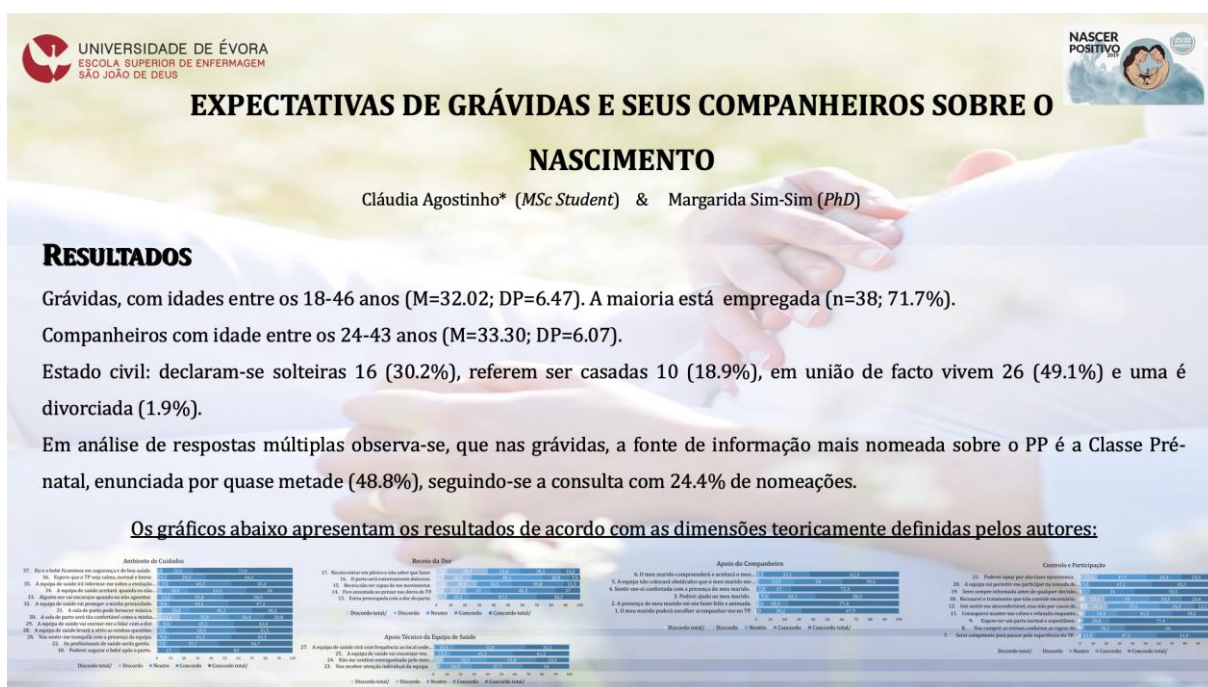
Cláudia Agostinho\* (*MSc Student*) & Margarida Sim-Sim (*PhD*)

### MÉTODO

- Estudo quantitativo, descritivo, transversal, com enquadramento em formação académica de 2º ciclo;
- Amostra de conveniência de 50 grávidas no 3º trimestre, com feto único, recrutadas em hospital da periferia de Lisboa;
- Dados recolhidos em fevereiro e março de 2019;
- Em sub-amostra, recrutaram-se 21 companheiros.

**INSTRUMENTOS:** Questionário em papel com a) dados sociodemográficos e b) escala *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kao *et al*, 2004), com 5 dimensões.

**PROCEDIMENTOS:** registo na Comissão de Ética da Universidade de Évora - 18132; parecer positivo do Hospital em 31.1.2019. Princípios éticos acautelados, com pedido de consentimento e dados anonimizados.





# Certificado



**GIMNOGRÁVIDA**  
Preparação para Parto e Maternidade

Certifica-se que Cláudia Catarina Granjo Agostinho frequentou o workshop A Experiência do Bebê e Ferramentas de Cura para a Golden Hour, ministrado pela formadora **Karen Strange**, com a duração de 2 horas. O workshop esteve integrado no evento Nascer Positivo - III Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento, nos dias 21 e 22 de março de 2019, conforme programa. O evento decorreu no Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar - Porto, Portugal.

Porto, 22 de março de 2019



**GIMNOGRÁVIDA**  
Preparação para Parto e Maternidade, Lda.  
Av. da Boavista 10, 4450-215 Porto  
Telex 968843358 954323189  
Contacto: 506 599 506

# Certificado



**GIMNOGRÁVIDA**  
Preparação para Parto e Maternidade

Certifica-se que Cláudia Catarina Granjo Agostinho frequentou o workshop Lacerações Perineais: Treino de Sutura Contínua, ministrado pela formadora **Andreia Gonçalves**, com a duração de 2 horas. O workshop esteve integrado no evento Nascer Positivo - III Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento, nos dias 21 e 22 de março de 2019, conforme programa. O evento decorreu no Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar - Porto, Portugal.

Porto, 22 de março de 2019



**GIMNOGRÁVIDA**  
Preparação para Parto e Maternidade, Lda.  
Av. da Boavista 10, 4450-215 Porto  
Telex 968843358 954323189  
Contacto: 506 599 506

# Certificado



Certifica-se que o póster científico intitulado **“Expectativas e Experiências de grávidas e puérperas e seus companheiros sobre o nascimento”** com autoria de **Cláudia Agostinho e Margarida Sim-sim** foi apresentado no evento Nacer Positivo - III Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento, que decorreu nos dias 21 e 22 de março de 2019, com a duração de 12 horas, conforme programa.

O evento decorreu no Auditório do Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar - Porto, Portugal.

Porto, 22 de março de 2019





## APÊNDICE H – Consentimento Livre e esclarecido e instrumentos de recolha de dados de grávidas/puérperas e respetivos companheiros.



### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimada Senhora

Sou a Cláudia Catarina Granjo Agostinho, apresento-me como enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora. No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever as expectativas e as experiências relativamente ao Trabalho de Parto e Parto em primigrávidas/primíparas e conhecer os aspetos que contribuem para um parto positivo.

Assim, através deste documento, convido-a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para dar voz às utentes do Serviço Nacional de Saúde, no que diz respeito ao Trabalho de Parto e Parto que desejam.

Não haverá quaisquer riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Todas as informações obtidas serão tratadas de forma a guardar sigilo, confidencialidade e protegendo a identidade das pessoas inquiridas. A resposta aos questionários não tem compensação financeira, sendo a sua participação de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem que isso a prejudique. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar. Quando o estudo terminar, os resultados serão enviados para a instituição onde foi realizada a coleta de dados e estão disponíveis para apresentação.

O trabalho é orientado pela Profª. Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070) da Universidade de Évora.

Caso concorde em participar, assine ou coloque um X no quadrado abaixo, no seguimento da declaração.

#### **Declaração de Consentimento:**

*Declaro que compreendi as intenções deste estudo. Permito o uso dos meus dados para a realização do estudo e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento* ☐

Lisboa....., de ..... de .....

Participante

\_\_\_\_\_  
Cláudia Agostinho (OE: 74464)  
[carla\\_catarina@hotmail.com](mailto:carla_catarina@hotmail.com) : 961073843

\_\_\_\_\_  
Rúbrica

*Este consentimento é apresentado em duplicado, ficando um exemplar com a participante e outro com a mestranda*





### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimado Senhor

Sou a Cláudia Catarina Granjo Agostinho, apresento-me como enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora. No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever as expectativas e as experiências relativamente ao Trabalho de Parto e Parto em primigrávidas/prímiparas e conhecer os aspetos que contribuem para um parto positivo.

Assim, através deste documento, convido-o a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para dar voz às utentes do Serviço Nacional de Saúde, no que diz respeito ao Trabalho de Parto e Parto que desejam.

Não haverá quaisquer riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Todas as informações obtidas serão tratadas de forma a guardar sigilo, confidencialidade e protegendo a identidade das pessoas inquiridas. A resposta aos questionários não tem compensação financeira, sendo a sua participação de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem que isso a prejudique. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar. Quando o estudo terminar, os resultados serão enviados para a instituição onde foi realizada a coleta de dados e estão disponíveis para apresentação.

O trabalho é orientado pela Prof. Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070) da Universidade de Évora.

Caso concorde em participar, assine ou coloque um X no quadrado abaixo, no seguimento da declaração.

#### **Declaração de Consentimento:**

*Declaro que compreendi as intenções deste estudo. Permito o uso dos meus dados para a realização do estudo e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento* ☐

*Lisboa ....., de ..... de .....*

Participante

\_\_\_\_\_  
Cláudia Agostinho (OE: 74464)  
[carla\\_catarina@hotmail.com](mailto:carla_catarina@hotmail.com) : 961073843

\_\_\_\_\_  
Rúbrica

*Este consentimento é apresentado em duplicado, ficando um exemplar com a participante e outro com a mestranda*

## PARTE I

### 1. Caracterização Sociodemográfica.

1.1. Sua data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 2. Estado Civil

- ☐ 1. Solteira  
☐ 2. Casada  
☐ 3. União de Facto  
☐ 4. Divorciada  
☐ 5. Viúva

#### 3. Habilitações literárias

- ☐ 1. Não completou o 9º Ano  
☐ 2. Completou o 9º Ano  
☐ 3. Completou o 12º Ano  
☐ 4. Curso técnico  
☐ 5. Licenciatura  
☐ 6. Mestrado  
☐ 7. Doutoramento

#### 4. Situação laboral

- ☐ 1. Empregada  
☐ 2. Desempregada

Se está a trabalhar, qual a profissão?

\_\_\_\_\_

### 5. Caracterização da Gravidez.

2.1 Este bebé é o seu 1º filho?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
2.2 Participou em aulas de Preparação para o Parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
2.3 A presença do pai foi importante durante o parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
2.4 Como foi o seu parto?	Natural/Espontâneo <input type="checkbox"/>	Com ferros, ventosa <input type="checkbox"/>
		Cesariana <input type="checkbox"/>

### 6. Plano de Parto.

*O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida. O Plano de Parto é uma informação para a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.*

6.1 Antes de ler a frase anterior sabia o que era o Plano de Parto? 1. Sim ☐ 2. Não ☐

Se respondeu "Não", passe à página seguinte, pf.

6.2 Como soube do Plano de Parto?	6.3 Redigiu um Plano de Parto nesta gravidez?
<input type="checkbox"/> 1. Classe de Preparação para o Parto	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Consultas de Obstetria	6.4 Entregou o Plano de Parto na maternidade?
<input type="checkbox"/> 3. Realização de CTG	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Familiares ou Amigos/as	6.5 Se entregou o Plano de Parto sentiu alguma reserva nas pessoas que o receberam?
<input type="checkbox"/> 5. Internet	1. Senti reserva <input type="checkbox"/> 2. Não senti reserva <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Enfermeiro	
<input type="checkbox"/> 7. Outros. Quais? _____	

## PARTE II

**Questionário de Expectativas de Parto (CEQ).** Nas questões seguintes pretende-se saber quais as expectativas das puérperas em relação ao parto. Trataremos por “marido” o seu esposo/companheiro, qualquer que seja a união do casal. Por favor assinala **o que aconteceu**, considerando a seguinte escala

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1. O meu marido pode escolher se me queria acompanhar ou não no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
2. A presença do meu marido durante o parto fez-me sentir feliz e animada.	1	2	3	4	5
3. Pedi ajuda ao meu marido.	1	2	3	4	5
4. Senti-me confortada com a presença do meu marido.	1	2	3	4	5
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocou obstáculos a que o meu marido me fosse dizendo sobre o que sabia sobre a evolução do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
6. Senti que o meu comportamento foi compreendido e aceite pelo meu marido, durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
7. Eu pude ser competente para passar pela experiência do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
8. Cumpri as rotinas conforme as regras do hospital.	1	2	3	4	5
9. Tive um parto normal e espontâneo.	1	2	3	4	5
10. Eu pude segurar o meu bebé logo após o parto.	1	2	3	4	5
11. Eu consegui manter-me calma e relaxada enquanto o trabalho de parto evoluiu.	1	2	3	4	5
12. Senti-me desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	1	2	3	4	5
13. Preocupou-me a intensidade das dores do parto.	1	2	3	4	5
14. Fiquei assustada com as dores do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
15. Não fui capaz de me movimentar livremente quando estava com as dores do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
16. O parto foi extremamente doloroso.	1	2	3	4	5
17. Entrei em pânico, por não saber o que fazer quando estava com dores.	1	2	3	4	5
18. Recusei o tratamento que não considerei necessário.	1	2	3	4	5
19. Fui sempre informada antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) permitiu-me que participasse totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
21. Pude optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	1	2	3	4	5
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) foram gentis comigo.	1	2	3	4	5
23. Recebi atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
24. Não me senti envergonhada pelo meu comportamento.	1	2	3	4	5
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) encorajou-me.	1	2	3	4	5
26. Senti-me tranquila com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) foi com frequência ao local onde estava em trabalho de parto	1	2	3	4	5
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levou a sério as questões que coloquei.	1	2	3	4	5
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) ensinou-me a lidar com a dor.	1	2	3	4	5
30. A sala de parto era tão confortável como a minha casa.	1	2	3	4	5
31. A sala de parto forneceu música suave para me ajudar a relaxar.	1	2	3	4	5
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) protegeu a minha privacidade.	1	2	3	4	5
33. Alguém me encorajou quando eu não estava a aguentar.	1	2	3	4	5
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o meu comportamento quando não me consegui “controlar”.	1	2	3	4	5
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) informou-me sobre a evolução do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
36. O trabalho de parto foi calmo, normal e breve.	1	2	3	4	5
37. Eu e o meu bebé ficámos em segurança e de boa saúde.	1	2	3	4	5

Muito grata

Questionário Puérpera



**PARTE I****1. Caracterização Sociodemográfica.**

1.1. Sua data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2. Estado Civil**

- ☐ 1. Solteiro  
☐ 2. Casado  
☐ 3. União de Facto  
☐ 4. Divorciado  
☐ 5. Viúvo

**3. Habilitações literárias**

- ☐ 1. Não completou o 9º Ano  
☐ 2. Completou o 9º Ano  
☐ 3. Completou o 12º Ano  
☐ 4. Curso técnico  
☐ 5. Licenciatura  
☐ 6. Mestrado  
☐ 7. Doutoramento

**4. Situação laboral**

- ☐ 1. Empregado  
☐ 2. Desempregado

Se está a trabalhar, qual a profissão?

\_\_\_\_\_

**5. Caracterização da Gravidez.**

2.1 Este bebé é o 1º filho de ambos?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
2.2 O Senhor acompanhou a sua esposa nas aulas de Preparação para o Parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
2.3 A presença do pai é importante durante o parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
2.4 Como espera que seja o parto da sua esposa?	Natural/Esponâneo <input type="checkbox"/>	Com ferros, ventosa <input type="checkbox"/>
		Cesariana <input type="checkbox"/>

**6. Plano de Parto.**

*O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida. O Plano de Parto é uma informação para a equipa de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.*

6.1 Antes de ler a frase anterior sabia o que era o Plano de Parto? 1. Sim ☐ 2. Não ☐

Se responder “Não”, passe à página seguinte, pf.

6.2 Como soube do Plano de Parto?

- ☐ 1. Classe de Preparação para o Parto  
☐ 2. Consultas de Obstetrícia  
☐ 3. Realização de CTG  
☐ 4. Familiares ou Amigos/as  
☐ 5. Internet  
☐ 6. Enfermeiro/a  
☐ 7. Outros. Quais? \_\_\_\_\_

6.3 A sua esposa redigiu um Plano de Parto nesta gravidez?

1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Ainda não, mas vai fazer ☐

6.4 A sua esposa entregou o Plano de Parto na maternidade?

1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Ainda não, mas vai entregar ☐

6.5 Se a sua esposa entregou o Plano de Parto comentou consigo que sentiu alguma reserva nas pessoas que o receberam?

1. Sentiu reserva ☐ 2. Não sentiu reserva ☐

**PARTE II**

**Questionário de Expectativas de Parto (CEQ).** Nas questões seguintes pretende-se saber quais as expectativas dos companheiros/maridos em relação ao parto. Trataremos por “esposa” a sua mulher/companheira, qualquer que seja a união do casal. Por favor assinale o **que espera que aconteça** considerando a seguinte escala.

	1	2	3	4	5
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Eu posso escolher se quero acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
2. A minha presença durante o parto vai fazer a minha esposa sentir-se feliz e animada.	1	2	3	4	5
3. A minha esposa vai pedir-me ajuda.	1	2	3	4	5
4. A minha esposa vai sentir-se confortada com a minha presença.	1	2	3	4	5
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocará obstáculos se eu for dizendo à minha esposa o que souber sobre a evolução do trabalho de parto	1	2	3	4	5
6. Poderei compreender e aceitar o comportamento da minha esposa no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
7. Eu vou ser capaz de acompanhar a minha esposa durante o trabalho de parto	1	2	3	4	5
8. Vou cumprir as rotinas conforme as regras do hospital, no papel de acompanhante.	1	2	3	4	5
9. Espero que a minha esposa tenha um parto normal e espontâneo.	1	2	3	4	5
10. Eu poderei segurar o meu bebé logo após o parto.	1	2	3	4	5
11. Eu conseguirei manter-me calmo e relaxado enquanto o trabalho de parto evolui.	1	2	3	4	5
12. A minha esposa vai sentir-se desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	1	2	3	4	5
13. Estou preocupado se as dores do parto da minha esposa serão muito intensas.	1	2	3	4	5
14. Fico assustado ao pensar nas dores do trabalho de parto da minha esposa.	1	2	3	4	5
15. Receio que a minha esposa não seja capaz de se movimentar livremente quando estiver com as dores do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
16. O parto vai ser extremamente doloroso.	1	2	3	4	5
17. Tenho receio de entrar em pânico, não saber o que fazer quando a minha esposa tiver dores.	1	2	3	4	5
18. Recusarei o tratamento que não considerar necessário à minha esposa.	1	2	3	4	5
19. Estarei sempre informado antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai permitir que eu participe totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
21. A minha esposa poderá optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	1	2	3	4	5
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo e com a minha esposa.	1	2	3	4	5
23. Vou receber atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
24. Não me sentirei envergonhado pelo meu comportamento.	1	2	3	4	5
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) vai encorajar-me.	1	2	3	4	5
26. Vou-me sentir tranquilo com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) virá com frequência ao local onde estou com a minha esposa em trabalho de parto.	1	2	3	4	5
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levará a sério as questões que vou colocar.	1	2	3	4	5
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá ensinar-nos a lidar com a dor.	1	2	3	4	5
30. A sala de parto será tão confortável como a minha casa.	1	2	3	4	5
31. A sala de parto pode fornecer música suave para me ajudar a relaxar.	1	2	3	4	5
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai proteger a privacidade da minha esposa.	1	2	3	4	5
33. Alguém me vai encorajar quando eu não estiver a aguentar.	1	2	3	4	5
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitará o comportamento da minha esposa quando não conseguir “controlar-se”.	1	2	3	4	5
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá informar-me sobre a evolução do trabalho de parto da minha esposa.	1	2	3	4	5
36. Eu tenho esperança de que o trabalho de parto seja calmo, normal e breve.	1	2	3	4	5
37. A minha esposa e o nosso bebé vão estar em segurança e de boa saúde.	1	2	3	4	5

Muito grata

Questionário Futuro Pai

## PARTE I

### 1. Caracterização Sociodemográfica.

1.1. Sua data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 2. Estado Civil

- ☐ 1. Solteira  
☐ 2. Casada  
☐ 3. União de Facto  
☐ 4. Divorciada  
☐ 5. Viúva

#### 3. Habilitações literárias

- ☐ 1. Não completou o 9º Ano  
☐ 2. Completou o 9º Ano  
☐ 3. Completou o 12º Ano  
☐ 4. Curso técnico  
☐ 5. Licenciatura  
☐ 6. Mestrado  
☐ 7. Doutoramento

#### 4. Situação laboral

- ☐ 1. Empregada  
☐ 2. Desempregada

Se está a trabalhar, qual a profissão?

\_\_\_\_\_

### 5. Caracterização da Gravidez.

2.1 Este bebé é o seu 1º filho?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
2.2 Realizou aulas de Preparação para o Parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
2.3 A presença do pai é importante durante o parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	3. Não sei <input type="checkbox"/>
2.4 Como espera que seja o seu parto?	Natural/Espontâneo <input type="checkbox"/>	Com ferros, ventosa <input type="checkbox"/>	Cesariana <input type="checkbox"/>

### 6. Plano de Parto.

*O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida. O Plano de Parto é uma informação para a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.*

6.1 Antes de ler a frase anterior sabia o que era o Plano de Parto? 1. Sim ☐ 2. Não ☐

Se responder "Não", passe à página seguinte, pf.

6.2 Como soube do Plano de Parto?	6.3 Redigiu um Plano de Parto nesta gravidez?
<input type="checkbox"/> 1. Classe de Preparação para o Parto	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ainda não, mas vou fazer <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Consultas de Obstetria	6.4 Entregou o Plano de Parto na maternidade?
<input type="checkbox"/> 3. Realização de CTG	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ainda não, mas vou entregar <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Familiares ou Amigos/as	6.5 Quando entregou o Plano de Parto sentiu alguma reserva nas pessoas que o receberam?
<input type="checkbox"/> 5. Internet	1. Senti reserva <input type="checkbox"/> 2. Não senti reserva <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Enfermeiro/a	
<input type="checkbox"/> 7. Outros. Quais? _____	





## PARTE II

**Questionário de Expectativas de Parto (CEQ).** Nas questões seguintes pretende-se saber quais as expectativas das grávidas em relação ao parto. Trataremos por “marido” o seu esposo/companheiro, qualquer que seja a união do casal. Por favor assinale **o que espera que aconteça** considerando a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1. O meu marido poderá escolher se me quer acompanhar ou não no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
2. A presença do meu marido durante o parto vai-me fazer sentir feliz e animada.	1	2	3	4	5
3. Irei pedir ajuda ao meu marido.	1	2	3	4	5
4. Irei sentir-me confortada com a presença do meu marido.	1	2	3	4	5
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocará obstáculos em que o meu marido me diga o que souber sobre a evolução do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
6. O meu marido compreenderá e aceitará o meu comportamento no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
7. Eu serei competente para passar pela experiência do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
8. Vou cumprir as rotinas conforme as regras do hospital.	1	2	3	4	5
9. Espero ter um parto normal e espontâneo.	1	2	3	4	5
10. Eu poderei segurar o meu bebé logo após o parto.	1	2	3	4	5
11. Eu conseguirei manter-me calma e relaxada enquanto o trabalho de parto evolui.	1	2	3	4	5
12. Irei sentir-me desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	1	2	3	4	5
13. Estou preocupada que a dor do parto possa ser muito intensa.	1	2	3	4	5
14. Fico assustada ao pensar nas dores do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
15. Receio não ser capaz de me movimentar livremente quando estiver com as dores do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
16. O parto será extremamente doloroso.	1	2	3	4	5
17. Tenho receio de entrar em pânico e não saber o que fazer quando tiver dores.	1	2	3	4	5
18. Eu recusarei o tratamento que não considerar necessário.	1	2	3	4	5
19. Serei sempre informada antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai permitir-me participar totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
21. Poderei optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	1	2	3	4	5
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo.	1	2	3	4	5
23. Vou receber atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
24. Não me sentirei envergonhada pelo meu comportamento.	1	2	3	4	5
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) vai encorajar-me.	1	2	3	4	5
26. Vou-me sentir tranquila com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) virá com frequência ao local onde estou em trabalho de parto.	1	2	3	4	5
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levará a sério as questões que vou colocar.	1	2	3	4	5
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá ensinar-me a lidar com a dor.	1	2	3	4	5
30. A sala de parto será tão confortável como a minha casa.	1	2	3	4	5
31. A sala de parto pode fornecer música suave para me ajudar a relaxar.	1	2	3	4	5
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai proteger a minha privacidade.	1	2	3	4	5
33. Alguém me vai encorajar quando eu não estiver a aguentar.	1	2	3	4	5
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitará o meu comportamento quando não me conseguir “controlar”.	1	2	3	4	5
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá informar-me sobre a evolução do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
36. Eu espero que o trabalho de parto seja calmo, normal e breve.	1	2	3	4	5
37. Eu e o meu bebé ficaremos em segurança e de boa saúde.	1	2	3	4	5

Muito grata

Questionário Grávida

## PARTE I

### 1. Caracterização Sociodemográfica.

1.1. Sua data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 2. Estado Civil

- ☐ 1. Solteiro  
☐ 2. Casado  
☐ 3. União de Facto  
☐ 4. Divorciado  
☐ 5. Viúvo

#### 3. Habilitações literárias

- ☐ 1. Não completou o 9º Ano  
☐ 2. Completou o 9º Ano  
☐ 3. Completou o 12º Ano  
☐ 4. Curso técnico  
☐ 5. Licenciatura  
☐ 6. Mestrado  
☐ 7. Doutoramento

#### 4. Situação laboral

- ☐ 1. Empregado  
☐ 2. Desempregado

Se está a trabalhar, qual a profissão?

\_\_\_\_\_

### 5. Caracterização da Gravidez.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| 2.1 Este bebé é o 1º filho de ambos?                                       | 1. Sim <input type="checkbox"/>             | 2. Não <input type="checkbox"/>              |
| 2.2 O Senhor acompanhou a sua esposa nas aulas de Preparação para o Parto? | 1. Sim <input type="checkbox"/>             | 2. Não <input type="checkbox"/>              |
| 2.3 A presença do pai foi importante durante o parto?                      | 1. Sim <input type="checkbox"/>             | 2. Não <input type="checkbox"/>              |
| 2.4 Como foi o parto da sua esposa?  | Natural/Espontâneo <input type="checkbox"/> | Com ferros, ventosa <input type="checkbox"/> |
|  |   | Cesariana <input type="checkbox"/>           |

### 6. Plano de Parto.

*O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida. O Plano de Parto é uma informação para a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.*

- 6.1 Antes de ler a frase anterior sabia o que era o Plano de Parto? 1. Sim ☐ 2. Não ☐

Se responder "Não", passe à página seguinte, p.f.

#### 6.2 Como soube do Plano de Parto?

- ☐ 1. Classe de Preparação para o Parto  
☐ 2. Consultas de Obstetria  
☐ 3. Realização de CTG  
☐ 4. Familiares ou Amigos/as  
☐ 5. Internet  
☐ 6. Enfermeiro  
☐ 7. Outros. Quais? \_\_\_\_\_

#### 6.3 A sua esposa redigiu um Plano de Parto nesta gravidez?

1. Sim ☐ 2. Não ☐

#### 6.4 A sua esposa entregou o Plano de Parto na maternidade?

1. Sim ☐ 2. Não ☐

#### 6.5 Se a sua esposa entregou o Plano de Parto, comentou consigo que sentiu alguma reserva nas pessoas que o receberam?

1. Sentiu reserva ☐ 2. Não sentiu reserva ☐

**PARTE II**

**Questionário de Experiências de Parto (CEQ).** Nas questões seguintes pretende-se saber quais as experiências dos companheiros/maridos em relação ao parto. Trataremos por “esposa” a sua mulher/companheira, qualquer que seja a união do casal. Por favor assinale **o que aconteceu**, considerando a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1. Eu pude escolher se queria acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
2. A minha presença durante o parto fez a minha esposa sentir-se feliz e animada.	1	2	3	4	5
3. A minha esposa pediu-me ajuda.	1	2	3	4	5
4. A minha esposa sentiu-se confortada com a minha presença.	1	2	3	4	5
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocou obstáculos em eu dizer à minha esposa o que sabia sobre a evolução do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
6. Pude compreender e aceitar o comportamento da minha esposa no trabalho de parto.	1	2	3	4	5
7. Eu fui competente para passar pela experiência de acompanhar o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
8. Cumpri as rotinas conforme as regras do hospital, no papel de acompanhante	1	2	3	4	5
9. A minha esposa teve um parto normal e espontâneo.	1	2	3	4	5
10. Eu pude segurar o meu bebé logo após o parto.	1	2	3	4	5
11. Eu consegui manter-me calmo e relaxado enquanto o trabalho de parto evoluiu.	1	2	3	4	5
12. A minha esposa sentiu-se desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	1	2	3	4	5
13. Preocupou-me se as dores do parto da minha esposa estavam a ser muito intensas.	1	2	3	4	5
14. Fiquei assustado com as dores do trabalho de parto da minha esposa.	1	2	3	4	5
15. A minha esposa não foi capaz de se movimentar livremente quando estava com as dores do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
16. O parto foi extremamente doloroso.	1	2	3	4	5
17. Entrei em pânico, por não saber o que fazer quando a minha esposa estava com dores.	1	2	3	4	5
18. Recusei o tratamento que não considerei necessário à minha esposa.	1	2	3	4	5
19. Fui sempre informado antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) permitiu-me que participasse totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
21. A minha esposa pode optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	1	2	3	4	5
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) foram gentis com a minha esposa.	1	2	3	4	5
23. Recebi atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
24. Não me senti envergonhado pelo meu comportamento.	1	2	3	4	5
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) encorajou-me.	1	2	3	4	5
26. Senti-me tranquilo com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	1	2	3	4	5
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) foi com frequência ao local onde estava com a minha esposa em trabalho de parto.	1	2	3	4	5
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levou a sério as questões que coloquei.	1	2	3	4	5
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) ensinou-nos a lidar com a dor do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
30. A sala de parto era tão confortável como a minha casa.	1	2	3	4	5
31. A sala de parto forneceu música suave para me ajudar a relaxar.	1	2	3	4	5
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) protegeu a privacidade da minha esposa.	1	2	3	4	5
33. Alguém me encorajou quando eu não estava a aguentar.	1	2	3	4	5
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o comportamento da minha esposa quando não conseguiu “controlar-se”.	1	2	3	4	5
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) informou-me sobre a evolução do trabalho de parto da minha esposa.	1	2	3	4	5
36. O trabalho de parto foi calmo, normal e breve.	1	2	3	4	5
37. A minha esposa e o nosso bebé ficaram em segurança e de boa saúde.	1	2	3	4	5

Muito grata

Questionário Pai



## APÊNDICE I – Comprovativo de pedido de autorização à autora original do *Childbirth Expectation Questionnaire*

**De:** Margarida Sim-Sim msimsim@uevora.pt  
**Assunto:** Permission  
**Data:** 11 de outubro de 2018, 10:22  
**Para:** meeiling@ntcu.edu.tw, Meeiling Gau meeiling@ntunhs.edu.tw, tsylee@yorku.ca  
**Cc:** Catarina Agostinho carla\_catarina@hotmail.com

MS

Dear Professor Meei-Ling Gau  
Dear Professor Lee  
Dear Professor Kao, Professor Wu and Prof Kuo

I'm introducing myself as a Nursing Professor from the University of Evora, Portugal. I'm now helping my midwifery master students, to develop some ideas and develop research projects.

Here in Portugal, birth plans are not very welcome, but they are beginning, step by step, and nursing schools must support this idea for midwifery master studies.

One of my students, would like to study the intention to write a birth plan versus the expectancy of parents about childbirth (mother and father); Considering at first moment, expectant parents (couples).

After birth, my student would like to know the experience of the same parents about childbirth

We did a research on data base, and we found your article:

Kao, B. C., Gau, M. L., Wu, S. F., Kuo, B. J., & Lee, T. Y. (2004). A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *J Nurs Res*, 12(3), 191-202.

We loved a lot the article, and my student would like to apply the instrument for her project, and we would like to ask your permission.

However, we would like to ask you 2 questions:

- Can you give us, your permission, to apply your instrument, in a sample of first time mothers and fathers, using, like you, the present tense (in order to know parents expectancy) for example, considering couples at antenatal class, in last trimester of pregnancy
- But, another question: I would like to know if you agree, or think possible, to use the same items, in past tense, for asking what really happened, the really experience of the same mothers and fathers, after childbirth? for example after birth, before return home, or at one week after delivery

FOR EXAMPLE

The sentences for pregnancy time are:

Women (pregnant)	41. The medical staff will protect my privacy
Father	41. The medical staff will protect my wife's privacy

Women (pregnant)	7. My husband will tell me the status at any time.
Father	7. I will tell my wife the status at any time.

Women (pregnant)	28. I can choose not to have an episiotomy
Father	28. My wife can choose not to have an episiotomy

The sentences after childbirth will be like those:

Women (after birth)	41. The medical staff protected my privacy
Father	41. The medical staff protected my wife's privacy

Women (after birth)	7. My husband told me about the status at all time.
Father	7. I told my wife about the status at all time.

Women (after birth)	28. I could choose not to have an episiotomy
Father	28. My wife could choose not to have an episiotomy

So, I'm writing to you, in order to know if:

- you can give us permission, to apply your instrument, exactly the instrument that is introduced in the article?
- Do you agree to use the instrument, in a past perspective? If you don't agree with this second propose, for us it will be ok; you are the authors, so we will follow your orientations

I'm sorry to disturb you with my request

Thank you very much for your attention

Os meus cumprimentos  
Best regards  
Margarida Sim-Sim (PhD)



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
Largo do Senhor da Póbreza | 7000-811 Évora, PORTUGAL  
Tel: +351 206 730 300  
Email: [msimsim@uevora.pt](mailto:msimsim@uevora.pt)

**De:** Margarida Sim-Sim msimsim@uevora.pt  
**Assunto:** Re: Permission  
**Data:** 12 de outubro de 2018, 09:00  
**Para:** Meeiling Gau meeiling@ntunhs.edu.tw  
**Cc:** Catarina Agostinho carla\_catarina@hotmail.com, meeiling@ntcu.edu.tw, TY Lee tsylee@yorku.ca

MS

Dear Professor  
 We would like to thank you very much your kindness  
 Of course we will cite you as author  
 Have a nice day


Os meus cumprimentos  
 Best regards  
 Margarida Sim-Sim (PhD)

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
 RUA JOSÉ DE GUS  
 Largo do Senhor da Róznica | 7000-811 Évora, PORTUGAL  
 Tel: +351 266 730 300  
 Email: msimsim@uevora.pt

meeiling<meeiling@ntunhs.edu.tw> escreveu no dia sexta, 12/10/2018 às(s) 04:10:

- 1) you can give us permission, to apply your instrument, exactly the instrument that is introduced in the article?  
 Yes
- 2) Do you agree to use the instrument, in a past perspective? If you don't agree with this second propose, for us it will be ok; you are the authors, so we will follow your orientations  
 yes

高美玲  
 國立臺北護理健康大學  
 護理學系及婦女健康系教授  
 Meei-Ling Gau, RN, PhD, BCCLC, ICCE, LCCE  
 National Taipei University of Nursing and Health Sciences  
 Professor,  
 Department of Nurse-Midwifery and Women Health  
 (O) 02-28227101 ext. 3280  
 (F) 02-2826-3974  
 meeiling@ntunhs.edu.tw  
 Secondary e-mail: meeiling@gmail.com

**De:** Catarina Agostinho carla\_catarina@hotmail.com   
**Assunto:** Professora Margarida, pode ver se o e-mail para a autora, está bem, por favor? Não sei se está como gosta. Grata pela sua ajuda.  
**Data:** 10 de novembro de 2018, 20:12  
**Para:** Margarida Sim-Sim msimsim@uevora.pt

CA

Dear Professor Meei-Ling Gau,  
 Following the permission to apply the instrument used in the article:  
 Kao, B.C., Gau, M.L., Wu, S.F., Kuo, B.J., & Lee, T. Y. (2004). A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. J Nurs Res, 12 (3), 191-202.,  
 I would like to request permission to apply it translated into Portuguese, according to the attached back-translation. The attached document includes the original, the Portuguese translation and the respective back translation. I would like to request permission to apply it translated into Portuguese, according to the attached back-translation. The attached document includes the original, the Portuguese translation and the respective back translation. The instrument will be applied to the pregnant woman and the future father and then to the puerpera and father, to know the expectations and experiences regarding the childbirth. According to the example below:

HUSBAND	
Original	I can choose to accompany my wife throughout the course of labor.
Portuguese	Eu posso escolher se quero acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto.
Backtranslation	I can choose if I want to accompany or not my wife during delivery.

So, I'm writing to you to find out if:  
 1) Can you give us permission, to apply your instrument, according to the Portuguese translation and back translation?  
 2) Do you agree to use the instrument, in a past perspective? How was it done?  
 I'm sorry to bother you with my request.  
 Thank you for your attention  
 Student Cláudia Agostinho



Retrotraducao\_  
 CEQ-3.docx

## APÊNDICE J - Tradução e retrotradução do CEQ

WIFE		
1.	Original	My husband can choose to accompany me throughout the course of labor.
	Portuguese	O meu marido poderá escolher se me quer acompanhar ou não no trabalho de parto.
	Backtranslation	My husband may choose if he wants to accompany me or not during delivery
2.	Original	My husband's presence during labor will make me happy and excited.
	Portuguese	A presença do meu marido durante o parto vai-me fazer sentir feliz e animada.
	Backtranslation	My husband's presence during delivery will make me feel happy and lively
3.	Original	I will ask my husband for help.
	Portuguese	Irei pedir ajuda ao meu marido.
	Backtranslation	I will ask for my husband's help
4.	Original	I will feel comforted by the presence of my husband.
	Portuguese	Irei sentir-me confortada com a presença do meu marido.
	Backtranslation	I will feel comforted by my husband's presence
5.	Original	My husband will tell me the status at any time.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocará obstáculos em que o meu marido me diga o que souber sobre a evolução do trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors; nurses) will not raise any obstacles on my husband telling me what he knows about the progress of delivery
6.	Original	My husband can understand and accept my behavior.
	Portuguese	O meu marido compreenderá e aceitará o meu comportamento no trabalho de parto.
	Backtranslation	My husband will understand and accept my behavior during delivery
7.	Original	I can be competent to go through what I experience while awaiting labor.
	Portuguese	Eu serei competente para passar pela experiência do trabalho de parto.
	Backtranslation	I will be competent to go through the experience of delivery
8.	Original	I will follow the routine procedures of the hospital.
	Portuguese	Vou cumprir as rotinas conforme as regras do hospital.
	Backtranslation	I will follow the routines according to the hospital rules
9.	Original	I will have a normal, spontaneous delivery.
	Portuguese	Espero ter um parto normal e espontâneo.
	Backtranslation	I hope to have a natural and spontaneous delivery
10.	Original	I can hold my baby soon after the delivery.
	Portuguese	Eu poderei segurar o meu bebé logo após o parto.
	Backtranslation	I will be able to hold my baby right after birth
11.	Original	I can keep myself relaxed while awaiting labor.
	Portuguese	Eu conseguirei manter-me calma e relaxada enquanto o trabalho de parto evolui.
	Backtranslation	I will be able to keep calm and relaxed while delivery progresses
12.	Original	I will feel uncomfortable but not with pain I cannot endure.
	Portuguese	Irei sentir-me desconfortável, mas não por causa da dor elevada.
	Backtranslation	I will feel uncomfortable but not because of the high pain
13.	Original	I am worried that the labor pain will be very intense.
	Portuguese	Estou preocupada que a dor do parto possa ser muito intensa.
	Backtranslation	I'm worried delivery pains will be too intense
14.	Original	I am scared when I think of my labor pain.
	Portuguese	Fico assustada ao pensar nas dores do trabalho de parto.
	Backtranslation	I get scared thinking about delivery pains
15.	Original	I am afraid that I will not be able to move freely during labor pain.
	Portuguese	Receio não ser capaz de me movimentar livremente quando estiver com as dores do trabalho de parto.
	Backtranslation	I'm afraid I will not be able to move freely while I endure delivery pains
16.	Original	Labor will be extremely painful.
	Portuguese	O parto será extremamente doloroso.
	Backtranslation	Delivery will be extremely painful
17.	Original	I am afraid I will panic and not know what to do.
	Portuguese	Tenho receio de entrar em pânico e não saber o que fazer quando tiver dores.
	Backtranslation	I'm afraid of panicking, not knowing what to do when I'm in pain
18.	Original	I will refuse treatment I do not think is necessary.
	Portuguese	Eu recusarei o tratamento que não considerar necessário.
	Backtranslation	I will refuse treatment that I don't consider necessary
19.	Original	We will be consulted before any medical decision-making.



	Portuguese	Serei sempre informada antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I will always be informed before of any medical decision of the health professionals (doctors, nurses)
20.	Original	The medical staff will allow me to fully participate in labor decision making.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai permitir-me participar totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will allow for me to participate completely in the decision-making during delivery
21.	Original	I can choose not to have an episiotomy.
	Portuguese	Poderei optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).
	Backtranslation	I may choose not to have an episiotomy (the vaginal canal cut)
22.	Original	The medical staff will be kind to me.
	Portuguese	Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo.
	Backtranslation	The health professionals (doctors, nurses) will be gentle with me.
23.	Original	We will get individual attention from the medical staff.
	Portuguese	Vou receber atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I will receive individual attention from the health team (doctors, nurses)
24.	Original	I will not feel embarrassed about my behavior.
	Portuguese	Não me sentirei envergonhada pelo meu comportamento.
	Backtranslation	I will not feel embarrassed by my behavior
25.	Original	The medical staff will offer me encouragement.
	Portuguese	A equipa médica (médicos; enfermeiros) vai encorajar-me.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will encourage me
26.	Original	I will feel reassured by the presence of the medical staff.
	Portuguese	Vou-me sentir tranquila com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I will feel calm with the presence of the health team (doctors, nurses)
27.	Original	The medical staff will visit us often.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) virá com frequência ao local onde estou em trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will come with frequency to the place I'm at in delivery
28.	Original	The medical staff will take seriously matters about which I am concerned during the labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levará a sério as questões que vou colocar.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will take seriously the questions I will put
29.	Original	The medical staff will instruct me on how to cope with pain.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá ensinar-me a lidar com a dor.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will teach me how to deal with the pain
30.	Original	The delivery room is as comfortable as my home.
	Portuguese	A sala de parto será tão confortável como a minha casa.
	Backtranslation	The delivery room will be as comfortable as my house
31.	Original	The delivery room can provide soft music and help me relax.
	Portuguese	A sala de parto pode fornecer música suave para me ajudar a relaxar.
	Backtranslation	The delivery room can provide soft music to help me relax
32.	Original	The medical staff will protect my privacy.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai proteger a minha privacidade.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will protect my privacy
33.	Original	Someone will offer me encouragement when I cannot hold on.
	Portuguese	Alguém me vai encorajar quando eu não estiver a aguentar. Alguém me encorajou quando eu não estava a aguentar.
	Backtranslation	Someone will encourage me when I cannot stand it
34.	Original	The medical staff can accept my behavior when I am out of control.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitará o meu comportamento quando não me conseguir "controlar".
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will accept my behavior when I cannot «control» myself
35.	Original	The medical staff will keep me informed about the progress of my labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá informar-me sobre a evolução do trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will inform me on the delivery evolution
36.	Original	I hope this labor will go smoothly, normally, and fast.
	Portuguese	Eu espero que o trabalho de parto seja calmo, normal e breve.
	Backtranslation	I'm hoping delivery will be calm, normal and brief
37.	Original	I and my baby will be safe and healthy.
	Portuguese	Eu e o meu bebé ficaremos em segurança e de boa saúde.

	Backtranslation	I and our baby will be safe and in good health
<b>HUSBAND</b>		
1.	Original	I can choose to accompany my wife throughout the course of labor.
	Portuguese	Eu posso escolher se quero acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto.
	Backtranslation	I can choose if I want to accompany or not my wife during delivery.
2.	Original	My presence during labor will make my wife happy and excited.
	Portuguese	A minha presença durante o parto vai fazer a minha esposa sentir-se feliz e animada.
	Backtranslation	My presence during delivery will make my wife feel happy and lively.
3.	Original	My wife will ask for my help.
	Portuguese	A minha esposa vai pedir-me ajuda.
	Backtranslation	My wife will ask for my help.
4.	Original	My wife will feel comforted by my presence.
	Portuguese	A minha esposa vai sentir-se confortada com a minha presença.
	Backtranslation	My wife will feel comforted with my presence
5.	Original	I will tell my wife the status at any time.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocará obstáculos se eu for dizendo à minha esposa o que souber sobre a evolução do trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors; nurses) will not raise any obstacles on telling my wife what I know about the progress of delivery.
6.	Original	I can understand and accept my wife's behavior.
	Portuguese	Poderei compreender e aceitar o comportamento da minha esposa no trabalho de parto.
	Backtranslation	I can understand and accept my wife's behavior during delivery
7.	Original	I can be competent to go through what I experience while awaiting labor.
	Portuguese	Eu vou ser capaz de acompanhar a minha esposa durante o trabalho de parto.
	Backtranslation	I will be competent to go through the experience of accompanying delivery.
8.	Original	I will follow the routine procedures of the hospital.
	Portuguese	Vou cumprir as rotinas conforme as regras do hospital, no papel de acompanhante.
	Backtranslation	I will follow the routines according to the hospital rules, in the companion role.
9.	Original	My wife will have a normal, spontaneous delivery.
	Portuguese	Espero que a minha esposa tenha um parto normal e espontâneo.
	Backtranslation	I hope my wife has a natural and spontaneous delivery.
10.	Original	I can hold my baby soon after the delivery.
	Portuguese	Eu poderei segurar o meu bebé logo após o parto.
	Backtranslation	I will be able to hold my baby right after birth.
11.	Original	I can keep myself relaxed while awaiting labor.
	Portuguese	Eu conseguirei manter-me calmo e relaxado enquanto o trabalho de parto evolui.
	Backtranslation	I will be able to keep calm and relaxed while delivery progresses.
12.	Original	My wife will feel uncomfortable but not with pain my wife cannot endure.
	Portuguese	A minha esposa vai sentir-se desconfortável, mas não por causa da dor elevada.
	Backtranslation	My wife will feel uncomfortable but not because of the high pain.
13.	Original	I am worried that the labor pain will be very intense.
	Portuguese	Estou preocupado se as dores do parto da minha esposa serão muito intensas
	Backtranslation	I'm worried my wife's delivery pains will be too intense
14.	Original	I am scared when I think of my wife's labor pain.
	Portuguese	Fico assustado ao pensar nas dores do trabalho de parto da minha esposa
	Backtranslation	I get scared thinking about my wife's delivery pains
15.	Original	I am afraid that my wife will not be able to move freely during labor pain.
	Portuguese	Receio que a minha esposa não seja capaz de se movimentar livremente quando estiver com as dores do trabalho de parto
	Backtranslation	I'm afraid my wife will not be able to move freely while she endures delivery pains
16.	Original	Labor will be extremely painful.
	Portuguese	O parto vai ser extremamente doloroso
	Backtranslation	Delivery will be extremely painful
17.	Original	I am afraid I will panic and not know what to do.
	Portuguese	Tenho receio de entrar em pânico, não saber o que fazer quando a minha esposa estiver com dores
	Backtranslation	I'm afraid of panicking, not knowing what to do when my wife is in pain
18.	Original	I will refuse treatment I do not think is necessary.
	Portuguese	Recusarei o tratamento que não considerar necessário à minha esposa
	Backtranslation	I will refuse treatment that I don't consider necessary to my wife
19.	Original	We will be consulted before any medical decision-making.

	Portuguese	Estarei sempre informado antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I will always be informed before of any medical decision of the health professionals (doctors, nurses)
20.	Original	The medical staff will allow me to fully participate in labor decision making.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai permitir que eu participe totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will allow for me to participate completely in the decision-making during delivery
21.	Original	My wife can choose not to have an episiotomy.
	Portuguese	A minha esposa poderá optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).
	Backtranslation	My wife may choose not to have an episiotomy (the vaginal canal cut)
22.	Original	The medical staff will be kind to me and my wife.
	Portuguese	Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo e com a minha esposa
	Backtranslation	The health professionals (doctors, nurses) will be gentle with me and my wife
23.	Original	We will get individual attention from the medical staff.
	Portuguese	Vou receber atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I will receive individual attention from the health team (doctors, nurses)
24.	Original	I will not feel embarrassed about my behavior.
	Portuguese	Não me sentirei envergonhado pelo meu comportamento
	Backtranslation	I will not feel embarrassed by my behavior
25.	Original	The medical staff will offer me encouragement.
	Portuguese	A equipa médica (médicos; enfermeiros) vai encorajar-me
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will encourage me
26.	Original	I will feel reassured by the presence of the medical staff.
	Portuguese	Vou-me sentir tranquilo com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I will feel calm with the presence of the health team (doctors, nurses)
27.	Original	The medical staff will visit us often.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) virá com frequência ao local onde estou com a minha esposa em trabalho de parto
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will come with frequency to the place I'm at with my wife in delivery
28.	Original	The medical staff will take seriously matters about which I am concerned during the labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levará a sério as questões que vou colocar
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will take seriously the questions I will put
29.	Original	The medical staff will instruct me and my wife on how to cope with pain.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá ensinar-nos a lidar com a dor
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will teach us how to deal with the pain
30.	Original	The delivery room is as comfortable as my home.
	Portuguese	A sala de parto será tão confortável como a minha casa
	Backtranslation	The delivery room will be as comfortable as my house
31.	Original	The delivery room can provide soft music and help me relax.
	Portuguese	A sala de parto pode fornecer música suave para me ajudar a relaxar
	Backtranslation	The delivery room can provide soft music to help me relax
32.	Original	The medical staff will protect my wife's privacy.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai proteger a privacidade da minha esposa
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will protect my wife's privacy
33.	Original	Someone will offer me encouragement when I cannot hold on.
	Portuguese	Alguém me vai encorajar quando eu não estiver a aguentar.
	Backtranslation	Someone will encourage me when I cannot stand it
34.	Original	The medical staff can accept my wife's behavior when my wife is out of control.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai aceitar o comportamento da minha esposa quando não conseguir "controlar-se".
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will accept my wife's behavior when she cannot «control» herself
35.	Original	The medical staff will keep me informed about the progress of wife's labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai informar-me sobre a evolução do trabalho de parto da minha esposa
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) will inform me on my wife's delivery evolution
36.	Original	I hope this labor will go smoothly, normally, and fast.
	Portuguese	Eu tenho esperança de que o trabalho de parto seja calmo, normal e breve
	Backtranslation	I'm hoping delivery will be calm, normal and brief
37.	Original	My wife and my baby will be safe and healthy.



	Portuguese	A minha esposa e o nosso bebé vão estar em segurança e de boa saúde
	Backtranslation	My wife and our baby will be safe and in good health

WIFE – after birth		
1.	Original	My husband can choose to accompany me throughout the course of labor.
	Portuguese	O meu marido pode escolher se me queria acompanhar ou não no trabalho de parto.
	Backtranslation	My husband got to choose if he wanted to accompany or not me during delivery
2.	Original	My husband's presence during labor will make me happy and excited.
	Portuguese	A presença do meu marido durante o parto fez-me sentir feliz e animada.
	Backtranslation	My husband's presence during delivery made me feel happy and lively
3.	Original	I will ask my husband for help.
	Portuguese	Pedi ajuda ao meu marido.
	Backtranslation	I asked for my husband's help
4.	Original	I will feel comforted by the presence of my husband.
	Portuguese	Senti-me confortada com a presença do meu marido.
	Backtranslation	I felt comforted by my husband's presence
5.	Original	My husband will tell me the status at any time.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocou obstáculos a que o meu marido me fosse dizendo sobre o que sabia sobre a evolução do trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors; nurses) did not raise any obstacles on my husband telling me what he knew about the progress of delivery
6.	Original	My husband can understand and accept my behavior.
	Portuguese	Senti que o meu comportamento foi compreendido e aceite pelo meu marido, durante o trabalho de parto.
	Backtranslation	I felt my behavior was understood and accepted by my husband during delivery
7.	Original	I can be competent to go through what I experience while awaiting labor.
	Portuguese	Eu pude ser competente para passar pela experiência do trabalho de parto.
	Backtranslation	I was competent to go through the experience of delivery
8.	Original	I will follow the routine procedures of the hospital.
	Portuguese	Cumpri as rotinas conforme as regras do hospital.
	Backtranslation	I followed the routines according to the hospital rules
9.	Original	I will have a normal, spontaneous delivery.
	Portuguese	Tive um parto normal e espontâneo.
	Backtranslation	I had a natural and spontaneous delivery
10.	Original	I can hold my baby soon after the delivery.
	Portuguese	Eu pude segurar o meu bebé logo após o parto.
	Backtranslation	I was able to hold my baby right after birth
11.	Original	I can keep myself relaxed while awaiting labor.
	Portuguese	Eu consegui manter-me calma e relaxada enquanto o trabalho de parto evoluiu.
	Backtranslation	I was able to keep calm and relaxed while delivery progressed
12.	Original	I will feel uncomfortable but not with pain I cannot endure.
	Portuguese	Senti-me desconfortável, mas não por causa da dor elevada.
	Backtranslation	I felt uncomfortable but not because of the high pain
13.	Original	I am worried that the labor pain will be very intense.
	Portuguese	Preocupou-me a intensidade das dores do parto.
	Backtranslation	I was worried by the intensity of delivery pains
14.	Original	I am scared when I think of my labor pain.
	Portuguese	Fiquei assustada com as dores do trabalho de parto.
	Backtranslation	I was scared with delivery pains
15.	Original	I am afraid that I will not be able to move freely during labor pain.
	Portuguese	Não fui capaz de me movimentar livremente quando estava com as dores do trabalho de parto.
	Backtranslation	I could not move freely while I endured delivery pains
16.	Original	Labor will be extremely painful.
	Portuguese	O parto foi extremamente doloroso.
	Backtranslation	Delivery was extremely painful
17.	Original	I am afraid I will panic and not know what to do.
	Portuguese	Entrei em pânico, por não saber o que fazer quando estava com dores.
	Backtranslation	I panicked for not knowing what do when I was in pain
18.	Original	I will refuse treatment I do not think is necessary.
	Portuguese	Recusei o tratamento que não considere necessário.
	Backtranslation	I refused the treatment that I did not consider necessary
19.	Original	We will be consulted before any medical decision-making.

	Portuguese	Fui sempre informada antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I was always informed before of any medical decision of the health professionals (doctors, nurses)
20.	Original	The medical staff will allow me to fully participate in labor decision making.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) permitiu-me que participasse totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) allowed for me to participate completely in the decision - making during delivery
21.	Original	I can choose not to have an episiotomy.
	Portuguese	Pude optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).
	Backtranslation	I was able to choose not to have an episiotomy (the vaginal canal cut)
22.	Original	The medical staff will be kind to me.
	Portuguese	Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) foram gentis comigo.
	Backtranslation	The health professionals (doctors, nurses) were gentle with me
23.	Original	We will get individual attention from the medical staff.
	Portuguese	Recebi atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I received individual attention from the health team (doctors, nurses)
24.	Original	I will not feel embarrassed about my behavior.
	Portuguese	Não me senti envergonhada pelo meu comportamento.
	Backtranslation	I was not embarrassed by my behavior
25.	Original	The medical staff will offer me encouragement.
	Portuguese	A equipa médica (médicos; enfermeiros) encorajou-me.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) encouraged me
26.	Original	I will feel reassured by the presence of the medical staff.
	Portuguese	Senti-me tranquila com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).
	Backtranslation	I felt calm with the presence of the health team (doctors, nurses)
27.	Original	The medical staff will visit us often.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) foi com frequência ao local onde estava em trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) came with frequency to the place I was in delivery
28.	Original	The medical staff will take seriously matters about which I am concerned during the labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levou a sério as questões que coloquei.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) took seriously the questions I putted
29.	Original	The medical staff will instruct me on how to cope with pain.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) ensinou-me a lidar com a dor.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) taught me how to deal with the pain
30.	Original	The delivery room is as comfortable as my home.
	Portuguese	A sala de parto era tão confortável como a minha casa.
	Backtranslation	The delivery room was as comfortable as my house
31.	Original	The delivery room can provide soft music and help me relax.
	Portuguese	A sala de parto forneceu música suave para me ajudar a relaxar.
	Backtranslation	The delivery room provided soft music to help me relax
32.	Original	The medical staff will protect my privacy.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) protegeu a minha privacidade.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) protected my privacy
33.	Original	Someone will offer me encouragement when I cannot hold on.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o meu comportamento quando não me consegui “controlar”.
	Backtranslation	Someone encouraged me when I could not stand it
34.	Original	The medical staff can accept my behavior when I am out of control.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o meu comportamento quando não me consegui “controlar”.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) accepted my behavior when I could not «control» myself
35.	Original	The medical staff will keep me informed about the progress of my labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) informou-me sobre a evolução do trabalho de parto.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) informed me on my delivery evolution
36.	Original	I hope this labor will go smoothly, normally, and fast.
	Portuguese	O trabalho de parto foi calmo, normal e breve.
	Backtranslation	Delivery was calm, normal and brief
37.	Original	I and my baby will be safe and healthy.
	Portuguese	Eu e o meu bebé ficámos em segurança e de boa saúde.
	Backtranslation	I and our baby were safe and in good health

HUSBAND – after birth		
1.	Original	I can choose to accompany my wife throughout the course of labor.
	Portuguese	Eu pude escolher se queria acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto
	Backtranslation	I got to choose if I wanted to accompany or not my wife during delivery
2.	Original	My presence during labor will make my wife happy and excited.
	Portuguese	A minha presença durante o parto fez a minha esposa sentir-se feliz e animada
	Backtranslation	My presence during delivery made my wife feel happy and lively
3.	Original	My wife will ask for my help.
	Portuguese	A minha esposa pediu-me ajuda
	Backtranslation	My wife asked for my help
4.	Original	My wife will feel comforted by my presence.
	Portuguese	A minha esposa sentiu-se confortada com a minha presença
	Backtranslation	My wife felt comforted by my presence
5.	Original	I will tell my wife the status at any time.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocou obstáculos em eu dizer à minha esposa o que sabia sobre a evolução do trabalho de parto
	Backtranslation	The health team (doctors; nurses) did not raise any obstacles on I telling my wife what I knew about the progress of delivery
6.	Original	I can understand and accept my wife's behavior.
	Portuguese	Pude compreender e aceitar o comportamento da minha esposa no trabalho de parto
	Backtranslation	I was able to understand and accept my wife's behavior during delivery
7.	Original	I can be competent to go through what I experience while awaiting labor.
	Portuguese	Eu fui competente para passar pela experiência de acompanhar o trabalho de parto
	Backtranslation	I was competent to go through the experience of accompanying delivery
8.	Original	I will follow the routine procedures of the hospital.
	Portuguese	Cumpri as rotinas conforme as regras do hospital, no papel de acompanhante
	Backtranslation	I followed the routines according to the hospital rules, in the companion role
9.	Original	My wife will have a normal, spontaneous delivery.
	Portuguese	A minha esposa teve um parto normal e espontâneo
	Backtranslation	My wife had a natural and spontaneous delivery
10.	Original	I can hold my baby soon after the delivery.
	Portuguese	Eu pude segurar o meu bebé logo após o parto
	Backtranslation	I was able to hold my baby right after birth
11.	Original	I can keep myself relaxed while awaiting labor.
	Portuguese	Eu consegui manter-me calmo e relaxado enquanto o trabalho de parto evoluiu
	Backtranslation	I was able to keep calm and relaxed while delivery progressed
12.	Original	My wife will feel uncomfortable but not with pain my wife cannot endure.
	Portuguese	A minha esposa sentiu-se desconfortável, mas não por causa da dor elevada
	Backtranslation	My wife felt uncomfortable but not because of the high pain
13.	Original	I am worried that the labor pain will be very intense.
	Portuguese	Preocupou-me se as dores do parto da minha esposa estavam a ser muito intensas
	Backtranslation	I was worried my wife's delivery pains were too intense
14.	Original	I am scared when I think of my wife's labor pain.
	Portuguese	Fiquei assustado com as dores do trabalho de parto da minha esposa
	Backtranslation	I was scared with my wife's delivery pains
15.	Original	I am afraid that my wife will not be able to move freely during labor pain.
	Portuguese	A minha esposa não foi capaz de se movimentar livremente quando estava com as dores do trabalho de parto
	Backtranslation	My wife could not move freely while she endured delivery pains
16.	Original	Labor will be extremely painful.
	Portuguese	O parto foi extremamente doloroso
	Backtranslation	Delivery was extremely painful
17.	Original	I am afraid I will panic and not know what to do.
	Portuguese	Entrei em pânico, por não saber o que fazer quando a minha esposa estava com dores
	Backtranslation	I panicked for not knowing what to do when my wife was in pain
18.	Original	I will refuse treatment I do not think is necessary.
	Portuguese	Recusei o tratamento que não considere necessário à minha esposa
	Backtranslation	I refused the treatment that I did not consider necessary to my wife
19.	Original	We will be consulted before any medical decision-making.
	Portuguese	Fui sempre informado antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros)



	Backtranslation	I was always informed before of any medical decision of the health professionals (doctors, nurses).
20.	Original	The medical staff will allow me to fully participate in labor decision making.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) permitiu-me que participasse totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) allowed for me to participate completely in the decision-making during delivery
21.	Original	My wife can choose not to have an episiotomy.
	Portuguese	A minha esposa poderá optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).
	Backtranslation	A minha esposa pode optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal)
22.	Original	The medical staff will be kind to me and my wife.
	Portuguese	Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo e com a minha esposa
	Backtranslation	Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) foram gentis com a minha esposa
23.	Original	We will get individual attention from the medical staff.
	Portuguese	Recebi atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros)
	Backtranslation	I received individual attention from the health team (doctors, nurses)
24.	Original	I will not feel embarrassed about my behavior.
	Portuguese	Não me senti envergonhado pelo meu comportamento
	Backtranslation	I was not embarrassed by my behavior
25.	Original	The medical staff will offer me encouragement.
	Portuguese	A equipa médica (médicos; enfermeiros) encorajou-me
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) encouraged me
26.	Original	I will feel reassured by the presence of the medical staff.
	Portuguese	Senti-me tranquilo com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros)
	Backtranslation	I felt calm with the presence of the health team (doctors, nurses)
27.	Original	The medical staff will visit us often.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) foi com frequência ao local onde estava com a minha esposa em trabalho de parto
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) came with frequency to the place I was at with my wife in delivery
28.	Original	The medical staff will take seriously matters about which I am concerned during the labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levou a sério as questões que coloquei
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) took seriously the questions I putted
29.	Original	The medical staff will instruct me and my wife on how to cope with pain.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) ensinou-nos a lidar com a dor do trabalho de parto
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) taught us how to deal with the pain
30.	Original	The delivery room is as comfortable as my home.
	Portuguese	A sala de parto era tão confortável como a minha casa
	Backtranslation	The delivery room was as comfortable as my house
31.	Original	The delivery room can provide soft music and help me relax.
	Portuguese	A sala de parto forneceu música suave para me ajudar a relaxar
	Backtranslation	The delivery room provided soft music to help me relax
32.	Original	The medical staff will protect my wife's privacy.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) protegeu a privacidade da minha esposa
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) protected my wife's privacy
33.	Original	Someone will offer me encouragement when I cannot hold on.
	Portuguese	Alguém me encorajou quando eu não estava a aguentar.
	Backtranslation	Someone encouraged me when I could not stand it
34.	Original	The medical staff can accept my wife's behavior when my wife is out of control.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o comportamento da minha esposa quando não conseguiu "controlar-se"
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) accepted my wife's behavior when she could not «control» herself
35.	Original	The medical staff will keep me informed about the progress of wife's labor.
	Portuguese	A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) informou-me sobre a evolução do trabalho de parto da minha esposa.
	Backtranslation	The health team (doctors, nurses) informed me on my wife's delivery evolution
36.	Original	I hope this labor will go smoothly, normally, and fast.
	Portuguese	O trabalho de parto foi calmo, normal e breve
	Backtranslation	Delivery was calm, normal and brief
37.	Original	My wife and my baby will be safe and healthy.
	Portuguese	A minha esposa e o nosso bebé ficaram em segurança e de boa saúde
	Backtranslation	My wife and our baby were safe and in good health

## APÊNDICE K – Documentos para pedido de autorização para Projeto de Investigação no HGO-EPE e respetivo aval positivo



### PROJETO DE INVESTIGAÇÃO (Fundamentação científica)

#### TÍTULO DO PROJETO:

Nascer Positivo. Expectativas/Experiências de primigrávidas/primíparas e seus companheiros sobre o nascimento

*Positive Birth. Expectations / Experiences of primigravida / primiparous and their partners toward birth*

#### Nome dos Investidores:

Cláudia Catarina Granjo Agostinho (*MSc Student*)

M<sup>a</sup> Margarida Santana Fialho Sim-Sim (*PhD*)

#### Nível de Investigação:

Académica para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

#### Resumo/Abstract:

**Background.** O nascimento do primeiro filho comporta elevadas interrogações para o casal. Através das interrogações antecipam-se os papéis e a imagem da maternidade e paternidade. **Objetivos.** Descrever as expectativas e experiências de primigrávidas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto; identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto. **Método.** Estudo quantitativo, descritivo, transversal. **Amostra.** Mulheres portuguesas, primigrávidas, no 3º trimestre e primíparas em fase puerperal e respetivos parceiros sexuais. Amostra de conveniência que se reporta às utentes e companheiros assistidos pela mestranda, que se manifestem voluntários para o estudo. **Instrumento:** Questionário organizado em três secções: a) dados demográficos, b) dados obstétricos e c) instrumento *Childbirth Expectations Questionnaire*. É respeitada a propriedade intelectual do autor da escala. Os princípios éticos estão assegurados, convidando à participação e solicitando-se consentimento aos mães/pais. O tratamento e análise dos dados, realiza-se no Software IBM® SPSS®, versão 24. **Conclusão.** A descrição das expectativas e experiências do parto, contribuem para o questionamento e melhoria dos cuidados, naquela que é uma das experiências mais marcantes da vida.

#### Fundamentação e Pertinência do estudo

Nos anos 60 e 70 do século XX, Portugal encontrava-se, nos países da Europa Ocidental, com os piores indicadores materno-infantis. Se comparadas com as taxas atuais, a mortalidade infantil (i.e., 77,5‰ em 1960 *versus* 2,6‰ em 2017) e mortalidade materna (i.e., 115,5‰ em 1960 *versus* 6,9‰ em 2016), eram elevadíssimas (Pordata, 2018a, 2018b). Com a melhoria das condições sanitárias nos agregados populacionais, da escolarização, da inovação tecnológica, da capacitação dos cidadãos através da informação, da promoção da saúde e a prevenção da doença, reverteu-se a situação. Os indicadores de Portugal são atualmente bons, se se tiver em conta a média na região europeia para a mortalidade infantil (i.e., mortalidade infantil 3,6‰) e mesmo dos melhores do mundo (SNS, 2018). Quanto à mortalidade materna, os índices não são tão favoráveis, tendo em conta a média dos 28 países (i.e., 4,4‰).





A experiência do trabalho de parto (TP) permanece na memória da mulher. O recontar do parto e os significados atribuídos pertencem à historicidade de duas pessoas, implicando-se uma terceira, fruto da relação de conjugalidade, concretizando-se a parentalidade. Para atingir a parentalidade é necessário o nascimento, processo que acarreta expectativas e necessidades singulares (Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrami, 2015). Sendo um evento esperado pela grávida/casal e na história humana tão longínquo quanto a espécie, as expectativas que rodeiam o TP, constroem-se a partir da informação oferecida pelo decorrer das gerações e da previsão de quem viverá o fenómeno. As expectativas radicam-se em conhecimentos, experiências, crenças e envolvente sociocultural. Referem-se à antecipação do que é desejado, face ao que se imagina necessário, neste caso, para a experiência de TP. É sobre essas expectativas que a mulher/casal realizará a avaliação da experiência.

A experiência de parto tem destaque na nova diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS) – modelo de cuidados intraparto. É sublinhado o direito da mulher em poder desenvolver o seu TP num ambiente seguro, segundo uma perspetiva médica e simultaneamente, estar no centro de toda a intervenção. É aqui que surge um novo conceito, o de experiência de parto positiva (WHO, 2018). Resulta do a) cumprimento e superação das crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores, da mulher; b) do nascimento de um bebé saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro; c) da continuidade do apoio prático e emocional de um, ou mais, companheiro(s) de nascimento, e ainda d) do acompanhamento de uma equipa clínica tecnicamente competente.

“Nascer Positivo” é um movimento recente da OMS, que no seguimento de outras orientações, recomenda o Plano de Parto. O Plano de Parto, Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto (PP), consiste num documento escrito, individualizado, realizado de preferência entre as 28-32 semanas de gestação (APDMGP, 2015; DGS, 2015), uma via para obter as condições que a mulher prefere e necessita no decorrer do TP (WHO, 1997, 2002, 2018). O PP servirá, como elo entre o casal e a equipa de saúde, promovendo a comunicação clara entre ambos (WHO, 2018). Contudo, este plano deve ser realista, exequível e flexível dados os possíveis desvios na evolução do TP (APDMGP, 2015; FAME, 2008; OE/APEO, 2012).

A promoção, o aconselhamento e apoio à mulher no desenvolvimento do PP, previsto em orientações nacionais (i.e., Regulamento n.º 127/2011; DR, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro; Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017 de 2 de agosto) e internacionais (WHO, 2002), são da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). A favor do desenvolvimento da área de conhecimento e autonomia profissional, o acompanhamento da mulher/casal na redação do PP é da competência do EESMO. De facto é um procedimento determinante da qualidade das suas práticas (OE, 2010, 2012, 2018b). Se o desenvolvimento científico-tecnológico levou a maior medicalização no processo de parir, não anula o determinismo biológico, no conflito do dilema obstétrico e na necessidade socio-emocional de amparo e ajuda (Gizzo et al., 2014; Rosenberg & Trevathan, 2002; Trevathan, 2015). O progresso técnico ter-se-á sobrevalorizado, em detrimento do que é natural, criando na mulher uma certa insegurança e sentido de incapacidade para o TP. Tal afetará, porventura, a sua experiência de maternidade (WHO, 2018). Atingiu-se uma medicalização tão elevada que em movimento de equilíbrio, a nível nacional e internacional, emanaram orientações, sobre o valor maior do parto vaginal (i.e., Portaria n.º 310/2016; DR, 1.ª série — N.º 236, 12 de dezembro) (Gynecologists, 2013; WHO, 2015).





O objetivo de atuação do EESMO é a promoção do parto normal, com enfoque no parto natural (OE, 2018a; OE/APEO, 2012). A evidência revela que uma maior satisfação da mulher com a experiência de parto está associada ao parto natural e principalmente, ao tipo de assistência que lhe é prestada (Iravani, Janghorbani, Zarean, & Bahrami, 2015, 2016). Os cuidados oferecidos pelo EESMO são flexíveis, criativos, promotores de capacitação/empoderamento e apoio às mulheres. Têm por base num modelo assistencial holístico, que olha a família em transição, em ambas as figuras parentais (Javadifar, Majlesi, Nikbakht, Nedjat, & Montazeri, 2016; OE, 2015; Premberg & Lundgren, 2006). Além deste *modus operandi* desejável no exercício dos cuidados, a aplicação de um PP redigido pela mulher/casal, pode ser medida otimizadora da experiência de parto e do resultado. É na realidade através da evidência e do respeito pelas características individuais de cada mulher, que o EESMO concorre para a autonomia nas suas práticas, perseguindo simultaneamente novas diretrizes de instituições/entidades/figuras representativas em saúde, como é a OMS (WHO, 2018), o programa *Mother-Friendly Childbirth Initiative* (MFCI) (CIMS, 2015), a *International Confederation of Midwives* (Fullerton, Thompson, & Severino, 2011) ou a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). Apresentadas estas ideias e considerando-se a descrição das expectativas e experiências do TP da mulher/casal, julga-se confluir para uma melhoria dos cuidados do EESMO. Destaca-se, assim, o papel da mulher, como o centro do processo de TP, para que possa tomar decisões e o EESMO, como o agente com competências necessárias para promover experiências positivas de parto.

### **Objectivos**

Com esta investigação pretende-se atingir os seguintes objetivos: a) Descrever as expectativas e experiências de primigrávidas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto e b) identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

### **Seleção da Amostra**

Amostra de conveniência de primigrávidas/companheiros, por recrutamento, nos serviços onde se realiza o Estágio, no enquadramento da experiência clínica da mestranda. Estima-se atingir aproximadamente 80-100 casos. Na seleção de participantes consideram-se como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falado e escrita; b) maior idade; c) gestação de feto único, considerada como gravidez de baixo risco até ao momento e d) estar no 3º trimestre de gravidez.

A amostra de primíparas/companheiros será, igualmente, de conveniência e por recrutamento durante o período de puerpério precoce a tardio, tendo como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falada e escrita; b) maioridade e c) ter sido o primeiro filho de ambos decorrente de uma gravidez de baixo risco. Estima-se uma amostra de 80-100 participantes.

### **Procedimentos Metodológicos**

O estudo assenta numa metodologia descritiva, transversal e quantitativa. A aplicação do instrumento de recolha de dados, às mulheres/casal, utentes dos serviços onde se realiza o Estágio, será sujeita a permissão do supervisor clínico. Terá o consentimento informado do utente que se encontra-se anexo a este documento (Apêndice A). Os procedimentos metodológicos em respeito pela propriedade intelectual,



incluem o pedido de permissão à autora original da *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kao, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004), para utilização do instrumento. Tal foi realizado através de e-mail, tendo-se obtido resposta positiva (Apêndice B).

**Instrumento de avaliação:**

O instrumento de recolha de dados está dividido em três partes:

- a) Dados demográficos;
- b) Dados obstétricos;
- c) Uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (B.-C. Kao et al., 2004).

O CEQ foi desenvolvido para estudar a perceção das mulheres na primeira experiência de parto, medindo importantes aspetos da satisfação materna no TP e P. A versão utilizada é composta por 37 itens, distribuídos por cinco fatores (ambiente de cuidados – 13 itens; expectativa de dor no parto – 5 itens; apoio do marido/companheiro – 6 itens; controlo e participação e suporte médico – 4 itens). A resposta é dada segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). Os itens negativos serão revertidos. O score obtém-se pela soma, variando entre 37 a 185. O instrumento encontra-se no Apêndice C.

**Como serão recolhidos os dados:**

A recolha de dados ocorrerá durante o período compreendido entre setembro de 2018 a julho de 2019, às grávidas e puérperas que reúnam critérios de inclusão, mencionados anteriormente. O tratamento e análise dos dados, realiza-se no Software IBM® SPSS®, versão 24.

**Como será mantida a confidencialidade dos registos:**

O instrumento de colheita de dados é anonimizado. Os dados recolhidos destinam-se única e exclusivamente a ser tratados para os fins apresentados no consentimento informado. Garante-se o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo. Devido à anonimização das respostas não haverá possibilidade de identificar os participantes no momento de análise e discussão de dados. Os dados obtidos, serão conservados pela mestranda, até à prossecução das finalidades da recolha e do seu tratamento seguinte. A destruição é da responsabilidade da mestranda e ocorrerá após a defesa do Relatório. Tal conforma orientação de autor (Campos et al., 2007).

**Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:**

Apêndice A – consentimentos informados

**Documentos:**

Apêndice B – autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados à autora.

Apêndice C – instrumentos de colheita de dados.



**Estudos prévios em que se baseia esta investigação:**

- APDMGP. (2015). O Plano de Parto ou Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto. In. Campos, E., Barroso, L., Roque, A., Campos Lobo, C., Delgado António, H., Almeida, V., & Lingnau da Silveira, L. (2007). DELIBERAÇÃO Nº 227 /2007 - Aplicável aos tratamentos de dados pessoais efectuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde. In (Comissão Nacional de Protecção de Dados ed.). Lisboa.
- CIMS. (2015). Mother-Friendly Childbirth Initiative - Consensus and Initiative from the Coalition for Improving Maternity Services. In.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- FAME. (2008). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. In (Tradução APEO ed.).
- Fullerton, J. T., Thompson, J. B., & Severino, R. (2011). The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. an update study: 2009-2010. *Midwifery*, 27(4), 399-408. doi:10.1016/j.midw.2011.03.005
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int*, 2014, 638093. doi:10.1155/2014/638093
- Gynecologists, A. C. o. O. a. (2013). ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*, 121(4), 904-907. doi:10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3
- Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrami, M. (2015). An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(3), 293-303.
- Iravani, M., Janghorbani, M., Zarean, E., & Bahrami, M. (2016). Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J*, 18(2), e21471. doi:10.5812/ircmj.21471
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*, 4, 6. doi:10.4103/2277-9531.151885
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., & Montazeri, A. (2016). Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of family & reproductive health*, 10(3), 146-153.
- Kao, B.-C., Gau, M.-L., Wu, S.-F., Kuo, B.-J., & Lee, T.-Y. (2004). A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 191-202.
- Kao, B. C., Gau, M. L., Wu, S. F., Kuo, B. J., & Lee, T. Y. (2004). A comparative study of expectant parents ' childbirth expectations. *J Nurs Res*, 12(3), 191-202.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. In. Lisboa.
- OE. (2012). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Parecer nº 7/2012 - Plano de Parto.
- OE. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. In. Lisboa.



Remete: Cláudia Catarina Granjo Agostinho,  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.  
Universidade de Évora  
Largo do Senhor da Pobreza. 8000-711 Évora  
[carla\\_catarina@hotmail.com](mailto:carla_catarina@hotmail.com)



Exmo. Senhor Presidente  
do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta

**Assunto:** Pedido de permissão para aplicação de questionário de opinião a utentes do Hospital Garcia d'Orta no serviço de Obstetrícia e consulta perinatal

Cláudia Catarina Granjo Agostinho, enfermeira, mestranda Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar estágio curricular no Hospital Garcia d'Orta, vem por este meio solicitar a V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> permissão, para aplicar um instrumento de recolha de dados junto das utentes, no sentido da realização de um estudo. Tal estudo, constitui uma das vertentes do Relatório de Mestrado, conforme o Plano de Estudos da Universidade de Évora.

Com este estudo pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- a) Descrever as expectativas e experiências de primíparas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto
- b) Identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

Solicita-se a permissão para recrutamento **no serviço de obstetrícia e consulta perinatal**. A obtenção de dados sob a forma de questionário é composta por a) dados demográficos; b) dados obstétricos e uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kau, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004). Em caso de parecer positivo de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar os participantes. Os dados serão anonimizados. No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados à equipa na forma de comunicação sustentada por power-point. O Relatório de Mestrado está sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Margarida Sim-Sim.

Desta forma, solicito a autorização de V<sup>a</sup> EX<sup>a</sup>, supondo atingir 80-100 participantes.

Junto envio a fundamentação científica do projeto assim como a planificação do mesmo. Encontro-me à disposição de V<sup>a</sup> Excelência para qualquer contacto ou esclarecimento.

Pede deferimento

Lisboa, 19 de dezembro de 2018

Orientadora Pedagógica

A Mestranda

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Cláudia Agostinho (Lic; OE 5-74464)

Remete: Cláudia Catarina Granjo Agostinho,  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.  
Universidade de Évora  
Largo do Senhor da Pobreza. 8000-711 Évora  
[carla\\_catarina@hotmail.com](mailto:carla_catarina@hotmail.com)



Exmo. Senhor Presidente  
da Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta

**Assunto:** Pedido de permissão para aplicação de questionário de opinião a utentes do Hospital Garcia d'Orta no serviço de Obstetria e consulta perinatal

Cláudia Catarina Granjo Agostinho, enfermeira, mestranda Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar estágio curricular no Hospital Garcia d'Orta, vem por este meio solicitar a V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> permissão, para aplicar um instrumento de recolha de dados junto das utentes, no sentido da realização de um estudo. Tal estudo, constitui uma das vertentes do Relatório de Mestrado, conforme o Plano de Estudos da Universidade de Évora.

Com este estudo pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- a) Descrever as expectativas e experiências de primíparas/prímiparas e companheiros quanto ao trabalho de parto
- b) Identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

Solicita-se a permissão para recrutamento **no serviço de obstetria e consulta perinatal**. A obtenção de dados sob a forma de questionário é composta por a) dados demográficos; b) dados obstétricos e uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kau, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004). Em caso de parecer positivo de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar os participantes. Os dados serão anonimizados. No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados à equipa na forma de comunicação sustentada por power-point. O Relatório de Mestrado está sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Margarida Sim-Sim.

Desta forma, solicito a autorização de V<sup>a</sup> EX<sup>a</sup>, supondo atingir 80-100 participantes.

Junto envio a fundamentação científica do projeto assim como a planificação do mesmo. Encontro-me à disposição de V<sup>a</sup> Excelência para qualquer contacto ou esclarecimento.

Pede deferimento

Lisboa, 19 de dezembro de 2018

Orientadora Pedagógica

A Mestranda

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Cláudia Agostinho (Lic; OE 5-74464)

Remete: Cláudia Catarina Granjo Agostinho,  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.  
Universidade de Évora  
Largo do Senhor da Pobreza. 8000-711 Évora  
[carla\\_catarina@hotmail.com](mailto:carla_catarina@hotmail.com)



Exmo. Senhor Diretor  
do Serviço de Obstetrícia, Dr. Alcides Pereira

**Assunto:** Pedido de permissão para aplicação de questionário de opinião a utentes do Hospital Garcia d'Orta no Serviço de Obstetrícia e Consulta Perinatal

Cláudia Catarina Granjo Agostinho, enfermeira, mestranda Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar estágio curricular no Hospital Garcia d'Orta, vem por este meio solicitar a V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> permissão, para aplicar um instrumento de recolha de dados junto das utentes, no sentido da realização de um estudo. Tal estudo, constitui uma das vertentes do Relatório de Mestrado, conforme o Plano de Estudos da Universidade de Évora.

Com este estudo pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- a) Descrever as expectativas e experiências de primigrávidas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto
- b) Identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

Solicita-se a permissão para recrutamento **no serviço de obstetrícia e consulta perinatal**. A obtenção de dados sob a forma de questionário é composta por a) dados demográficos; b) dados obstétricos e uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kau, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004). Em caso de parecer positivo de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar os participantes. Os dados serão anonimizados. No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados à equipa na forma de comunicação sustentada por power-point. O Relatório de Mestrado está sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Margarida Sim-Sim.

Desta forma, solicito a autorização de V<sup>a</sup> EX<sup>a</sup>, supondo atingir 80-100 participantes.

Junto envio a fundamentação científica do projeto assim como a planificação do mesmo. Encontro-me à disposição de V<sup>a</sup> Excelência para qualquer contacto ou esclarecimento.

Pede deferimento

Lisboa, 19 de dezembro de 2018

Orientadora Pedagógica

A Mestranda

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Cláudia Agostinho (Lic; OE 5-74464)



Remete: Cláudia Catarina Granjo Agostinho,  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.  
Universidade de Évora  
Largo do Senhor da Pobreza. 8000-711 Évora  
[carla\\_catarina@hotmail.com](mailto:carla_catarina@hotmail.com)



Exma. Senhora Enfermeira-Chefe  
do Serviço de Obstetrícia, Enf.ª Ganda Cêncio

**Assunto:** Pedido de permissão para aplicação de questionário de opinião a utentes do Hospital Garcia d'Orta no Serviço de Obstetrícia e Consulta Perinatal

Cláudia Catarina Granjo Agostinho, enfermeira, mestranda Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar estágio curricular no Hospital Garcia d'Orta, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª permissão, para aplicar um instrumento de recolha de dados junto das utentes, no sentido da realização de um estudo. Tal estudo, constitui uma das vertentes do Relatório de Mestrado, conforme o Plano de Estudos da Universidade de Évora.

Com este estudo pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- a) Descrever as expectativas e experiências de primíparas/primíparas e companheiros quanto ao trabalho de parto
- b) Identificar a intenção de utilização/rejeição do Plano de Parto.

Solicita-se a permissão para recrutamento **no serviço de obstetrícia e consulta perinatal**. A obtenção de dados sob a forma de questionário é composta por a) dados demográficos; b) dados obstétricos e uma versão do *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ) (Kau, Gau, Wu, Kuo & Lee, 2004). Em caso de parecer positivo de V.ª Ex.ª, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar os participantes. Os dados serão anonimizados. No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados à equipa na forma de comunicação sustentada por power-point. O Relatório de Mestrado está sob a orientação da Prof.ª Margarida Sim-Sim.

Desta forma, solicito a autorização de V.ª EX.ª, supondo atingir 80-100 participantes.

Junto envio a fundamentação científica do projeto assim como a planificação do mesmo. Encontro-me à disposição de V.ª Excelência para qualquer contacto ou esclarecimento.

Pede deferimento

Lisboa, 19 de dezembro de 2018

Orientadora Pedagógica

A Mestranda

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Cláudia Agostinho (Lic; OE 5-74464)



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

**Hospital Garcia de Orta EPE**  
**Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta**

**Título:** Projecto intitulado "Nascer positivo. Expectativas/Experiências de primigrávidas/primíparas e seus companheiros sobre o nascimento".

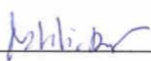
**Investigador Principal:** Cláudia Agostinho

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por ☒unanimidade ☐maioria em reunião do dia 22/01/2019.


**Estiveram presentes:**

- X Nome: Dra Natália Dias (Presidente)
- X Nome: Dra Ana Soares
- X Nome: Dra Benedita Nunes
- X Nome: Dra Cátia Gradil
- X Nome: Dra Isabel Pereirinha
- Nome: Dr. José Luis Metello
- X Nome: Dra Maria Gomes Ferreira
- X Nome: Dr. Miguel Rodrigues
- X Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

  
Dra. Natália Dias  
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 31/01/2019.

  
Dra. Ana Jorge  
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 02 de Febrero de 2019

## APÊNDICE L – Resultados obtidos em cada contexto clínico

## – SALA DE PARTOS –

Nº	DATA	NOME	IDADE	IO	IG	PARTO	PERÍNEO	RN
1.	03.11.2018	J.S.	20	0000	41s	Eutócico	Episiotomia	Fem.
Primeiro contacto. Tudo muito novo para mim.								
2.	03.11.2018	M.F.	41	1001	41s	Eutócico	Intacto	Masc. 18h55 3975g IA 6/9/10
Primeiro períneo intacto. Fui auxiliar na epidural mas não foi a tempo e fiz o toque vaginal “sozinha” porque a grávida parecia estar na fase expulsiva. E estava.								
3.	03.11.2018	M.R.	32	0030	40s	Eutócico	Episiotomia e dequitação manual	Masc. 15h55 3990g IA 5/10/10
Dequitação demorou mais de 30'. Chamada médica que fez a dequitação manual. Primeira vez que suturei.								
4.	04.11.2018	A.N.	28	2002	38s+5d	Eutócico c/ membranas fragmentadas	Intacto	Fem. 23h25 3695g IA 9/10
A dequitação teve que ser feita manualmente, pela Dr.ª Tinha passado mais do que 30min da hora do parto.								
5.	08.11.2018	Z.P.	24	0000	39s+2d	Eutócico	Episiotomia	Fem. 08h36 3050g IA 10/10
Primeira vez que fiz episiotomia.								
6.	08.11.2018	E.S.	21	1001	39s+5d	Eutócico	Episiotomia	Fem. 09h32 3310g IA 10/10
O cordão só foi clampeado após deixar de pulsar.								
7.	08.11.2018	I.W.	21	1011	37s+6d	Eutócico	Intacto (laceração 1º grau)	Masc. 13h22 3320g IA 10/10
Recusou medicação analgésica. A rutura da bolsa de águas deu-se aquando da coroação.								
8.	18.11.2018	P.M.	37	1021	39s+6d	Eutócico c/placenta fragmentada	Episiotomia	Masc. 15:43h 3465g IA 5/9/10
Doula com Plano de Parto muito completo, com os campos abertos preenchidos com as suas preferências no TP e Parto, inclusivamente gostaria de levar a placenta para casa para posterior transformação em comprimidos.								
9.	19.11.2018	D.F.	23	0121	39s+4d	Eutócico	Episiotomia	Masc. 10h29 2610g IA 9/10/10
10.	21.11.2018	O.R.	24	3003	40s+1d	Eutócico	Períneo intacto	Fem. 18h56 3200g IA 10/10/10



11.	22.11.2018	A.F.	34	1001	38s+6d	Eutócico	Laceração Grau I	Fem. 17h45 3640g IA 10/10/10
Laceração foi suturada porque estava sangrante. Não tinha analgesia epidural. Fez o TP numa hora. Administrei, pela primeira vez, anestesia local para suturar.								
12.	22.11.2018	A.B.	30	1011	40s+6d	Eutócico	Períneo intacto	Fem. 21:48h 3015g IA 10/10/10
Sobrinha de uma Pediatra do HNSR e tinha o seu Plano de Parto, escrito num papel organizado por si, com as suas preferências para o TP e parto. Fase expulsiva feita sem dar tempo de prepararmos a mesa de apoio.								
13.	23.11.2018	P.V.	25	2002	41s	Eutócico	Períneo intacto	Fem. 22h08 2775g IA 10/10/10
Distócia. Tentávamos fazer a manobra de McRoberts e a parturiente contrariava o posicionamento, pela dor. Foi uma fase expulsiva muito stressante para todos.								
14.	23.11.2018	I.G.	36	2012	39s+1d	Eutócico	Laceração de Grau I	Masc. 17h13 3230g IA 9/7/8
Após a fase expulsiva o bebé chorou e foi colocado em contacto pele-a-pele. Como o achámos muito calmo, pedimos à enf. <sup>a</sup> que entrou para ver o bebé e estava muito cianosado. Foi feita insuflação com Ambu e chamada Pediatra. Mais tarde soube-se que o RN tinha fenda palatina no palato mole.								
15.	04.12.2018	N.B.	26 <sup>a</sup>	0000	40s+2d	Eutócico	Episiotomia	Masc. 19h19 3625g IA 10/10
Fiz a episiotomia e episiorrafia. Desta vez com mais confiança e sem o sentimento da primeira vez.								
16.	13.02.2019	B.N.	25	1001	40s	Eutócico	Laceração Grau I (suturada)	Masc. 09h30 3910g IA 10/10/10
Primeiro parto num novo ambiente. Mulher muito colaborante.								
17.	13.02.2019	A.C.	28	1011	39s+1d	Eutócico	Laceração Grau I (suturada pela Dr. <sup>a</sup> por Dequitação prolongada)	Fem. 11h46 2760g IA 9/10/10
Laceração causada por procedência da mão posterior. Dequitação prolongada (>45min), chamada equipa médica, que acabou por não intervir por ter dequitado de forma natural.								
	18.02.2019	C.R.	29	0000	40s+1d	Distócico por ventosa	Episiotomia e lacerações de Grau I (sangrantes) com episiotomia e sutura das lacerações	Fem. 12h33 3200g IA 9/10/10
Fizemos o acompanhamento da fase ativa até à fase expulsão, aplicando técnicas de notação e contranotação consoante o plano em que o feto se encontrava. Aplicados movimentos ativos e posições verticalizadas até à dilatação completa. Como a apresentação estava alta a Enf <sup>a</sup> Rute juntamente com a equipa médica optaram por levar a parturiente para o Bloco operatório para tentarem aplicação de ventosa, com a possibilidade de terem que converter a cesariana. Apesar da descrença na possibilidade de parto via baixa, todos parabenizaram o trabalho desenvolvido pela Enf <sup>a</sup> Rute, na descida daquele bebé.								
18.	19.02.2019	A.G.	32	1001	38s+3d	Eutócico s/ analgesia	Intacto	Masc. 08h24 2820g

								IA 10/10/10
TP muito rápido sem possibilidade de aplicar analgesia epidural. Rutura de bolsa intraparto. Fase expulsiva com muito apoio da parturiente e companheiro. Bebê com ótima vitalidade. Segundo a própria, a experiência de parto foi gratificante, mas preferia que tivesse sido feita analgesia epidural.								
	28.02.2019	A.V.	39	0000	40s+1d	Distócico (ventosa)	Episiotomia	Fem. 00h38 3920g IA 9/10/10
Fizemos a condução de todo o TP, mas percebeu-se que teria que ser um parto ajudado, devido à existência de alguma resistência na fase de expulsão. Esta dificuldade poderá ter sido provocada pelo peso do RN vs. estruturas maternas mais estreitas.								
19.	01.03.2019	P.P.	34	1001	39s+2d	Eutócico	Laceração de grau I	Fem. 22h00 3160g IA 9/10/10
Acompanhámos a parturiente durante o TP (já com 6cm de dilatação, quando a recebemos). Aquando da coroação apercebemo-nos de que havia recuo do feto. Percermos depois que apresentava uma circular irredutível e procedência da mão direita (anterior).								
20.	01.03.2019	I.A.	32	0000	40s+2d	Eutócico	Episiotomia	Fem. 23h42 3830g IA 9/10/10
Não fizemos a condução do TP, mas fomos realizá-lo sem conhecer muito bem o contexto. Após avaliação vaginal a Enfª Rute apercebeu-se que o bebé não se encontrava muito bem posicionado e colocou-me alerta. Na verdade, foi uma fase expulsiva mais morosa e depois percebemos que o RN estava em occipito posterior. Como já tinha passado mais de 45' do parto, tivemos que chamar a equipa médica para realizar dequitação manual. Nessa altura a parturiente referiu tonturas, ficou hipotensa, taquicárdica e chamámos a anestesia. Colheu-se sangue para coagulação de hemograma e para tipagem, cateterizo-u-se outro acesso e teve-se que dar efedrina, com boa recuperação.								
	03.03.2019	M.V.	40	1011	40s+1d	Distócico (ventosa)	Episiotomia	Fem. 04h49 2230g IA 9/10/10
A grávida fez ITP por RCF (P3). Durante a condução do TP o CTG apresentava algumas desacelerações tardias e dado o percentil do bebé chamámos a equipa médica que veio fazer o parto que decorreu sem intercorrências. A grávida apresentava Plano de Parto, com vontades muito concretas e exequíveis, no entanto alguns dos seus desejos não foram possíveis de concretizar (parir na posição de quisesse, a presenta do pai no momento do parto e sem intervenções). Contudo percebeu que não poderia ter sido de outra forma e referiu que a experiência acabou por ser muito boa, na mesma.								
21.	04.03.2019	N.S.	28	0000	40s+5d	Eutócico	Episiotomia	Fem. 10h30 2990g IA 7/8/9
Quando recebemos a grávida a dilatação já estava completa, mas apresentação estava muito alta. Fizem-se vários posicionamentos condicionada pela dor constante da grávida, mesmo após as repicagens analgésicas. O especto da vulva (edemacia e exacerbada) fez com que a equipa médica e de enfermagem pensasse que seria uma occipito posterior. Colocou-se a grávida em posição de Gaskin, com a cabeceira ligeiramente elevada para se apoiar e posteriormente, perante uma queixa de vontade de fazer força, reposicionámos a parturiente e verificámos que as estruturas vulvares estavam menos proeminentes. Tive que fazer uma episiotomia porque o bebé estava com alguma dificuldade em fixar quando estava a coroar (anel interno muito apertado). Tinha uma circular apertada e em bandoleira. Colheu-se sangue do RN para tipagem e suturou-se a episiotomia.								
22.	07.03.2019	P.S.	41	1001	41s+1d	Eutócico	Laceração Grau II mediana suturada e de Grau I no lábio à	Fem. 16h30 3385g IA 10/10/10

							esquerda não sangrante	
23.	07.03.2019	L.S.	37	0000	41	Eutócico	Laceração Grau II mediana e de Grau I no lábio à esquerda ambas suturadas	Fem 18h00 3700g IA 10/10/10
Seroconversão à toxoplasmose. Foi enviado sangue materno, do cordão e a placenta para anatomia patológica, segundo protocolo da seroconversão.								
24.	03.05.2019	F.G.	29	1001	37s+2d	Eutócico	Intacto	Fem. 16h47 2790g IA 9/10/10
Primeiro parto num novo ambiente. Mulher muito colaborante.								
25.	03.05.2019	A.J.	34	1011	40s	Eutócico	Laceração Grau I	Fem. 20h46 3060g IA 9/10/10
Parturiente indiana. Entrou no SUGO com 4-5cm de dilatação mas quando chegou ao BP, após referir muita dor, foi novamente observada e já estava com a dilatação completa. A comunicação foi extremamente difícil porque só entendia inglês e mal.								
	28.02.2019	A.V.	39	0000	40s+1d	Distócico (ventosa)	Episiotomia	Fem. 00h38 3920g IA 9/10/10
Fiz a episiotomia e episiorrafia. Desta vez com mais confiança e sem o sentimento da primeira vez.								
26.	08.05.2019	M.S.	19	0101	37s+1d	Eutócico	Intacto	Mas. 19h53 2250g IA 10/10/10
Realizou ITP por RCF P6, Oligoâmnios e diminuição dos movimentos fetais. Parto muito tranquilo, com grande colaboração por parte da parturiente e companheiro. A fase expulsiva foi feita cautelosamente pela mulher, inicialmente através da “aplicação” do método Hand-off e posteriormente aplicando a manobra de Ritgen. Grande autocontrolo da parturiente e acompanhamento das dicas que fomos dando.								
27.	10.05.2019	V.C.	47	1001	37s+4d	Eutócico	Laceração Grau I	Masc. 23h51 2410g IA 8/8/10
Parto muito tranquilo. O RN teve que ir para o BabyTerm por gemido e adejo nasal. Mas em menos de 30min já estava junto à mãe a mamar, com ótimos reflexos e aparente boa vitalidade. O TP decorreu de forma muito rápida (21h com 4cm até às 23h51 – parto).								
28.	12.05.2019	S.S.	33	1021	38s+1d	Eutócico	Episiotomia c/ laceração de Grau II	Fem. 12h39 2590g IA 9/10/10
ITP com Dinoprostona por DGcontrolado com ADO e insulina. Parturiente Indiana que não come carne vermelha. Grávida muito cansada, já sem força. Foi realizada a manobra de <i>kristeller</i> <sup>3</sup> . A episiorrafia e sutura da laceração perineal foram difíceis de realizar por hemorragia ativa (administrados uterotónicos e massagem abdominal para formação do Globo de Segurança de <i>Pinard</i> ). Avaliando as condições perineais para um parto vaginal, a realização de episiotomia foi realizada pela existência de um anel interno na vagina que impedia a progressão do feto para a fase expulsiva. A salientar								

<sup>3</sup> Na MAC, foi a primeira vez que vi aplicar a manobra uma vez que não se faz por rotina e os orientadores têm conhecimento dos riscos e as condições em que a mesma se aplica. A própria evidência científica é parca e limitada quanto aos efeitos da mesma sobre a mortalidade/cormobilidade de RN e mães. (Hofmeyr, Vogel, Cuthbert, & Singata, 2017)



que o 1º parto da grávida tinha sido por CST por bradicardia após a administração de epidural, e que era a primeira vez que o períneo estava a ser submetido à sua distensão máxima.								
29.	13.05.2019	P.M.	31	1001	37s+5d	Eutócico	Laceração Grau II suturada	Fem. 17h38 2110g IA 9/10/10
Grávida entrou no SUGO com 6cm de dilatação. Após a dequitação foi necessário fazer-se 5 unidades de ocitocina por atonia uterina, mantendo-se a perfusão de 20 unidades de ocitocina em soro fisiológico, revertendo-se a situação.								
30.	15.05.2019	R.N.	28	1011	39s+4d	Eutócico	Laceração Grau II suturada	Masc. 23h47 3000g IA 9/10/10
Grande colaboração da parturiente durante o período expulsivo. A coordenação entre o que era solicitado e o que a grávida ia fazendo, resultou num parto muito tranquilo e com grande autonomia por parte desta para que os esforços expulsivos fossem adequados à sua vontade (contração).								
31.	15.05.2019	D.F.	19	0010	37s+4d	Eutócico	Laceração Grau II suturada	Masc. 02h12 2780g IA 9/10/10
Casal muito querido, cujo companheiro se manifestou muito colaborante e com vontade de ajudar-nos a “trazer ao Mundo”, o seu “Mundo”.								
	17.05.2019	A.N.	34	0000	40s	Distócico por fórceps	Episiotomia com episiorrafia	Masc. 3250g IA 9/10/10
12º Jornal de Aprendizagem								
	18.05.2019	C.O.	31	1011	35s+2d	Distócico por fórceps	Episiotomia com episiorrafia	Masc. 22h00 2315g IA 9/10/10
Fizemos a condução do TP desde os 4cm de dilatação. Por se encontrar mal “rodado”, por decisão médica, foi encaminhada para o Bloco onde decorreu o parto. Continuei a acompanhar a parturiente, que estava com um ar muito assustado, embora o parto anterior tivesse sido por CST, que nos solicitou desde que entrou no BP, por medo de ter dor.								
32.	23.05.2019	H.A.	24	0000	38s+3d	Eutócico	Laceração Grau II suturada	Fem. 19h45 2900g IA 9/10/10
Parto sem intercorrências, embora tivesse sido diagnosticado ecograficamente que o RN tinha uma ventriculomegália leve. Após o nascimento foi contactada Pediatra que o veio observar. RN com ótima vitalidade e boa adaptação ao meio extrauterino. Boa adaptação à mama com bons reflexos de sucção e deglutição e sem sinais de SDR.								
33.	23.05.2019	S.S.	26	0111	38s+4d	Eutócico	Períneo intacto	Masc. 22h00 3500g IA 9/10/10
Parto tranquilo. Fase expulsiva com circular larga do cordão umbilical. RN com máscara equimótica que foi revertendo.								
34.	30.05.2019	A.M.	25	4024	39s+6d	Eutócico	Períneo intacto	Masc. 07h39 3490g IA 9/10/10
Grávida vinda do SUGO, às 5h30, com 6cm de dilatação (colo de múltipara). Realizada analgesia do TP, primeira vez que fez na sua história obstétrica (em Angola). Fase expulsiva linear. RN com boa adaptação ao meio extrauterino.								
35.	02.06.2019	A.R.	25	1001	41s+4d	Eutócico	Laceração de Grau II mediana suturada	Masc. 17h43 3190g

								IA 9/10/10
Pareceu o 1º Parto. Estava nervosa com a preparação da mesa de parto. Fiquei preocupada com a laceração parecia que ia sendo de Grau IV, mas não era. Bem pelo contrário. Foi uma laceração “simples” e o vértice não estava muito profundo. O RN tinha uma circular apertada.								
36.	04.06.2019	A.A.	32	0010	38s+2d	Eutócico	Episiotomia com episiorrafia	Fem. 00h24 3250g IA 9/10/10
37.	04.06.2019	V.L.	25	0000	40s+2d	Eutócico	Episiotomia com episiorrafia	Masc. 03h17 3090g IA 9/10/10
	04.06.2019	A.T.	32	0000	39s+4d	Distócico c/ ventosa		Fem. 07h15 3470g IA 7/10/10
38.	06.06.2019	S.P.	28	2012	40s+4d	Eutócico	Intacto	Masc. 23h00 3450g IA 9/10/10
A parturiente estava com 8 cm de dilatação. Coloquei-a de pé e a agachar, quando vinha a contração e para fazer força. Ficou em dilatação completa com a apresentação no plano +1. Nem deu tempo de me equipar								
39.	06.06.2019	C.C.	35	1001	38s+2d	Eutócico	Laceração de Grau II mediana (muito pequena) suturada	Masc. 23h50 2680g IA 9/10/10
Realizou-se rutura artificial de bolsa de águas por o colo estar muito sangrante, com saída de líquido claro. A parturiente fez força e rapidamente se deu a expulsão do RN. Apresentava uma circular cervical e em bandeira.								
40.	06.06.2019	G.F.	32	1001	40s+4d	Eutócico	Laceração Grau I suturada	Masc. 07h54 3810g IA 9/10/10
Jornal de Aprendizagem XIV								
41.	11.06.2019	E.M.	36	1001	38s+3d	Eutócico	Episiotomia com episiorrafia	Fem. 16h46 3450g IA 9/10/0
Não foi possível fazer o clampeamento tardio do cordão por o RN apresentar uma circular apertada. Teve que se realizar episiotomia embora muito pequena (anel interno pouco elástico).								
42.	11.06.2019	C.M.	30	0000	40s+1d	Eutócico	Episiotomia com episiorrafia	Fem. 18h18 3060g IA 9/10/10
Não foi possível fazer o clampeamento tardio do cordão por o RN apresentar uma circular apertada. Teve que se realizar episiotomia embora muito pequena (anel interno pouco elástico).								
43.	16.06.2019	S.M.	32	0000	39s+5d	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada)	Masc. 16h47 3820g IA 9/10/10

<p>Aquando da avaliação da cervicometria para ajustar reforço de analgesia epidural houve rutura de um folheto da bolsa de águas. Após a expulsão da cabeça fetal, apercebi-me que havia distócia de ombros que foi resolvida pelo Enf.º César, fazendo eu a Manobra de McRoberts e pressão supra-púbica, lateral esquerda com resolução sem sequelas. Feita colheita de sangue do cordão através dos vasos da placenta após a dequitação.</p>								
44.	16.06.2019	C.C.	30	1001	41s	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada com um ponto apenas)	Masc. 22h24 3740g IA 10/10/10
	16.06.2019	A.S.	38	1011	37s+2d	Eutócico	Intacto	Gemelar MC/BA
<p>Realizado pela equipa médica. Um momento muito stressante (pelo menos para mim). Após a expulsão do primeiro feto realizarem-se manobras abdominais para que o 2º se encaixe e fique cefálico, realizar-se RABA e garantir que tudo fica bem neste processo, são uns minutos de ansiedade. RN's com IA 9/10/10 e parturiente com uma excelente e eficaz participação.</p>								
45.	17.06.2019	Z.I.	36	1021	40s+2d	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada)	Masc. 18h32 3620g IA 9/10/10
Realizei o parto quase “sozinha”.								
46.	17.06.2019	A.P.	32	1001	41s+2d	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada)	Fem. 21h05 3680g IA 10/10/10
47.	17.06.2019	E.M.	26	0000	39s+6d	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada)	Fem. 23h39 3050g IA 9/10/10
48.	18.06.2019	T.M.	31	1011	38s+5d	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada)	Masc. 06h33 2830g IA 9/10/10
<p>A parturiente deu entrada na Sala de Partos com 6cm de dilatação. Realizou-se analgesia epidural e o TP estagnou um pouco. Após voltar a ir ter com o casal percebi que não desejam acelerar o TP por trauma do parto anterior, que foi induzido e no qual não teve tempo de realizar analgesia epidural. Custou-lhe imenso. O Enf.º César ainda me sugeriu que iniciasse mas expliquei os desejos da parturiente e tive reforço positivo da sua parte. Decorreu tudo de forma muito tranquila. Estive grande parte do tempo com ambos, adotando posicionamentos verticais e reforço positivo e o parto foi fantástico sem stress, muito tranquilo e em silêncio. Fiz colheita para o Kit das Células estaminais, pela 1ª vez.</p>								
49.	24.06.2019	R.D.	37	1001	39s+6d	Eutócico	Laceração de Grau II (suturada)	Fem. 23h24 2690g IA 9/10/10
<p>A parturiente veio transferida da Materno-Fetal já com dilatação completa. Não houve possibilidade de realizar analgesia de TP. Tive que suturar a laceração com analgésico local (Lidocaína).</p>								
50.	25.06.2019	L.A.	34	1001	40s+3d	Eutócico	Intacto	Fem. 18h30 2980g IA 10/10/10
<p>Realizada analgesia epidural já com 8 cm de dilatação e quando a parturiente foi reposicionada já estava com dilatação completa e apresentação a nível +1. Teve-se que acelerar a perfusão de ocitocina para que a parturiente tivesse vontade de fazer força expulsiva pois o feto estava a bradicardizar. Após a expulsão do RN só se laqueou o cordão após a dequitação. Adorei!</p>								
51.	25.06.2019	N.N.	25	0110	38s+2d	Eutócico	Laceração de Grau II	Fem. 19h15 2920g IA 9/10/10



Senti alguma responsabilidade acrescida pelo decorrer deste parto, uma vez que a parturiente passou por uma morte fetal às 38s.

### Fontes de pesquisa:

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD006067.pub3

DGS. (2012). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa Retrieved from <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/mutilacao-genital/orientacao-n-0052012-de-06022012.aspx>

## **- RELATO DIÁRIO DE ATIVIDADES CLÍNICAS -**

### **1 – VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À GRÁVIDA – EXAMES PRÉ-NATAIS**

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	IO	IG	EXAME EFETUADO *	SUPERVISOR
1	UCSP 7R	24.09.2018	27	3003	20s+4d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
2	UCSP 7R	27.09.2018	29	1001	14s	Obs. de análises e ecografia 1ªT + ensinos	Enfª AV
3	UCSP 7R	27.09.2018	33	2002	31s+4d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos.	Enfª AV
4	UCSP 7R	01.10.2018	42	2032	28s+3d	Marcação de isoimunização RdD	Enfª AV
5	UCSP 7R	01.10.2018	28	0000	28s	Obs. de resultado do teste de Coombs	Enfª AV
6	UCSP 7R	02.10.2018	35	1001	15s+4d	Obs. de análises e ecografia 1ªT + ensinos	Enfª AV
7	UCSP 7R	03.10.2018	20	0000	35s+4d	Promoção do Aleitamento Materno (dúvidas). Gravidez acompanhada no Privado	Enfª AV
8	UCSP 7R	04.10.2018	28	0000	37s	Obs. de últimos exames e encaminhamento para o Hospital (último mês de gravidez).	Enfª AV
9	UCSP 7R	09.10.2018	41	2002	19s+5d	Informação sobre a vacina do tétano e difteria.	Enfª AV
10	UCSP 7R	09.10.2018	29	0000	21s+3d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
11	UCSP 7R	09.10.2018	35	0000	21s+4d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
12	UCSP 7R	09.10.2018	37	2002	33s+3d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
13	UCSP 7R	09.10.2018	32	0000	19s	Marcação de isoimunização RdD	Enfª AV
14	UCSP 7R	09.10.2018	38	0000	19s+6d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos – 1ª consulta	Enfª AV
15	UCSP 7R	10.10.2018	27	0010	20s+4d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
16	UCSP 7R	12.10.2018	37	0010	19s	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
17	UCSP 7R	12.10.2018	32	0000	15s	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
18	UCSP 7R	12.10.2018	29	1001	35s	Obs. de últimos exames e encaminhamento para o Hospital (último mês de gravidez).	Enfª AV
19	UCSP 7R	16.10.2018	23	0000	26s+1d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
20	UCSP 7R	16.10.2018	21	0000	21s+4d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enfª AV
21	UCSP 7R	16.10.2018	34	1010	6s+5d	Preenchimento do BSG + ensinos	Enfª AV

22	UCSP 7R	17.10.2018	20	0000	20s+5d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enf <sup>a</sup> AV
23	UCSP 7R	22.10.2018	34	1001	33s+3d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enf <sup>a</sup> AV
24	UCSP 7R	23.10.2018	26	0000	9s+5d	Preenchimento do BSG + ensinos	Enf <sup>a</sup> AV
25	UCSP 7R	23.10.2018	37	5023	33s	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enf <sup>a</sup> AV
26	UCSP 7R	23.10.2018	32	0000	7s	Preenchimento do BSG + ensinos	Enf <sup>a</sup> AV
27	UCSP 7R	24.10.2018	25	1001	13s+3d	Avaliação do bem-estar materno-fetal + ensinos	Enf <sup>a</sup> AV
28	HGO	22.01.2019	30	0000	39s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> AV
29	HGO	22.01.2019	33	1001	39s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
30	HGO	22.01.2019	40	1001	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
31	HGO	22.01.2019	24	0000	38s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
32	HGO	22.01.2019	33	1011	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
33	HGO	22.01.2019	30	0000	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
34	HGO	22.01.2019	21	0010	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
35	HGO	22.01.2019	20	0000	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
36	HGO	22.01.2019	19	0000	40+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
37	HGO	23.01.2019	42	2002	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
38	HGO	23.01.2019	39	1001	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
39	HGO	23.01.2019	37	1011	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
40	HGO	23.01.2019	24	0000	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
41	HGO	23.01.2019	22	0000	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
42	HGO	23.01.2019	21	0000	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
43	HGO	23.01.2019	31	0000	39+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
44	HGO	23.01.2019	29	1001	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
45	HGO	23.01.2019	20	0000	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
46	HGO	23.01.2019	30	0000	40+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
47	HGO	23.01.2019	27	1001	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
48	HGO	23.01.2019	23	0000	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
49	HGO	25.01.2019	30	0000	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
50	HGO	25.01.2019	27	0000	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
51	HGO	25.01.2019	24	1001	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
52	HGO	25.01.2019	30	1001	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
53	HGO	25.01.2019	31	2002	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
54	HGO	25.01.2019	33	1010	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
55	HGO	25.01.2019	37	1011	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
56	HGO	25.01.2019	35	2012	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
57	HGO	25.01.2019	17	0000	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
58	HGO	26.01.2019	20	0000	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
59	HGO	26.01.2019	24	0000	40s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
60	HGO	26.01.2019	21	0000	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP

61	HGO	26.01.2019	30	1001	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
62	HGO	26.01.2019	22	0000	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
63	HGO	26.01.2019	40	2002	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
64	HGO	26.01.2019	31	1001	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
65	HGO	26.01.2019	17	1001	40s+2d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
66	HGO	26.01.2019	33	2002	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
67	HGO	26.01.2019	39	2002	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
68	HGO	26.01.2019	19	1001	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
69	HGO	26.01.2019	45	2002	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
70	HGO	30.01.2019	24	0000	40s+2d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
71	HGO	30.01.2019	34	2002	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
72	HGO	30.01.2019	26	1001	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
73	HGO	30.01.2019	29	2002	39s+8d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
74	HGO	30.01.2019	40	2002	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
75	HGO	30.01.2019	33	0000	40s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
76	HGO	30.01.2019	19	0000	40s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
77	HGO	30.01.2019	26	0000	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
78	HGO	30.01.2019	37	2002	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
79	HGO	30.01.2019	41	3003	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
80	HGO	30.01.2019	35	2002	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
81	HGO	30.01.2019	23	0000	39s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
82	HGO	30.01.2019	27	0000	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
83	HGO	30.01.2019	35	1001	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
84	HGO	30.01.2019	39	2002	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
85	HGO	30.01.2019	34	1001	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
86	HGO	30.01.2019	41	0000	40s+6d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
87	HGO	30.01.2019	37	2002	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
88	HGO	01.02.2019	32	0000	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
89	HGO	01.02.2019	28	0000	40s+2d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
90	HGO	01.02.2019	26	1001	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
91	HGO	01.02.2019	31	2002	39s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
92	HGO	01.02.2019	21	0000	39s+8d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
93	HGO	01.02.2019	34	3013	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
94	HGO	01.02.2019	20	2002	40s+5d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
95	HGO	01.02.2019	23	2002	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
96	HGO	01.02.2019	36	1001	40s+2d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
97	HGO	01.02.2019	30	1121	40s+4d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos + marcação para Indução de TP)	Enf <sup>a</sup> SP
98	HGO	01.02.2019	32	1101	40s	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
99	HGO	01.02.2019	34	1001	40s+1d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP
100	HGO	01.02.2019	18	0000	40s+3d	Consulta Peri-Parto (CTG + ensinos)	Enf <sup>a</sup> SP



Tabela 1 - \* Orientação e ensinamentos com base no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015)

**2 – VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PARTURIENTE****- PARTOS EUTÓCICOS (Resumo) -**

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	IO	IG	PERÍNEO	ACOMP. 4º ESTADIO	SUPERVISOR
1	BP Barreiro	03.11.2018	20	0000	41s	Episiotomia c/ episiorrafia	Não	Enfª CQ
2	BP Barreiro	03.11.2018	41	1001	41s	Intacto	Não	Enfª CQ
3	BP Barreiro	03.11.2018	32	0030	40s	Episiotomia c/ episiorrafia	Não	Enfª CQ
4	BP Barreiro	04.11.2018	28	2002	38s+5d	Intacto	X	Enfª CQ
5	BP Barreiro	08.11.2018	24	0000	39s+2d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enfª CQ
6	BP Barreiro	08.11.2018	21	1001	39s+5d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enfª CQ
7	BP Barreiro	08.11.2018	21	1011	37s+6d	Laceração Grau I (não sangrante)	X	Enfª CQ
8	BP Barreiro	18.11.2018	37	1021	39s+6d	Episiotomia c/ episiorrafia	Não	Enfª CQ
9	BP Barreiro	19.11.2018	23	0121	39s+4d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enfª CQ
10	BP Barreiro	21.11.2018	24	3003	40s+1d	Intacto	X	Enfª CQ
11	BP Barreiro	22.11.2018	34	1001	38s+6d	Laceração Grau I (não sangrante)	X	Enfª CQ
12	BP Barreiro	22.11.2018	30	1011	40s+6d	Intacto	X	Enfª CQ
13	BP Barreiro	23.11.2018	25	2002	41s	Intacto	Não	Enfª CQ
14	BP Barreiro	23.11.2018	36	2012	39s+1d	Laceração Grau I (não sangrante)	X	Enfª CQ
15	BP Barreiro	04.12.2018	26	0000	40s+2d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enfª CQ
16	BP Cascais	13.02.2019	25	1001	40s	Laceração Grau I (não sangrante)	X	Enfª RT
17	BP Cascais	13.02.2019	28	1011	39s+1d	Laceração Grau I (não sangrante)	X	Enfª RT
18	BP Cascais	19.02.2019	32	1001	38s+3d	Intacto	X	Enfª RT
19	BP Cascais	01.03.2019	34	1001	39s+2d	Laceração Grau I (não sangrante)	X	Enfª RT
20	BP Cascais	01.03.2019	32	0000	40s+2d	Episiotomia c/ episiorrafia	Não	Enfª RT
21	BP Cascais	04.03.2019	28	0000	40s+5d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enfª RT
22	BP Cascais	07.03.2019	41	1001	41s+1d	Laceração Grau II + Grau I	Não	Enfª RT
23	BP Cascais	07.03.2019	37	0000	41s	Laceração Grau II + Grau I	X	Enfª RT
24	BP MAC	03.05.2019	29	1001	37s+2d	Intacto	X	Enf.º CC
25	BP MAC	03.05.2019	34	1011	40s	Laceração Grau I	X	Enf.º CC
26	BP MAC	08.05.2019	19	0101	37s+1d	Intacto	X	Enf.º CC
27	BP MAC	10.05.2019	47	1001	37s+4d	Laceração Grau I	X	Enf.º CC
28	BP MAC	12.05.2019	33	1021	38s+1d	Episiotomia c/ episiorrafia e Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
29	BP MAC	13.05.2019	31	1001	37s+5d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC

30	BP MAC	15.05.2019	28	1011	39s+4d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
31	BP MAC	15.05.2019	19	0010	37s+4d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
32	BP MAC	23.05.2019	24	0000	38s+3d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
33	BP MAC	23.05.2019	26	0111	38s+4d	Intacto	X	Enf.º CC
34	BP MAC	30.05.2019	25	4024	39s+6d	Intacto	X	Enf.º CC
35	BP MAC	02.06.2019	25	1001	41s+4d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
36	BP MAC	04.06.2019	32	0010	38s+2d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enf.º CC
37	BP MAC	04.06.2019	25	0000	40s+2d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enf.º CC
38	BP MAC	06.06.2019	28	2012	40s+4d	Intacto	X	Enf.º CC
39	BP MAC	06.06.2019	35	1001	38s+2d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
40	BP MAC	06.06.2019	32	1001	40s+4d	Laceração de Grau I (não sangrante)	X	Enf.º CC
41	BP MAC	11.06.2019	36	1001	38s+3d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enf.º CC
42	BP MAC	11.06.2019	30	0000	40s+1d	Episiotomia c/ episiorrafia	X	Enf.º CC
43	BP MAC	16.06.2019	32	0000	39s+5d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
44	BP MAC	16.06.2019	30	1001	41s	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
45	BP MAC	17.06.2019	36	1021	40s+2d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
46	BP MAC	17.06.2019	32	1001	41s+2d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
47	BP MAC	17.06.2019	26	0000	39s+6d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
48	BP MAC	18.06.2019	31	1011	38s+5d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
49	BP MAC	24.06.2019	37	1001	39s+6d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC
50	BP MAC	25.06.2019	34	1001	40s+3d	Intacto	X	Enf.º CC
51	BP MAC	25.06.2019	25	0110	38s+2d	Laceração Grau II (suturada)	X	Enf.º CC

Estatística simples:

INTERVENÇÕES	DADOS	PERCENTAGENS
Períneo intacto	12	23,5%
Episiotomia c/ episiorrafia	14	27,5%
Laceração Grau II suturada	16	31,4%
Laceração de Grau I	9	17,6%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>
Acompanhamento do 4º Estádio	44	86,3%

**Participação ativa noutros partos**

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	IO	IG	TIPO DE PARTO	ACOMP. 4º ESTÁDIO	SUPERVISOR
1	BP Cascais	18.02.2019	29	0000	40s+1d	Distócico por ventosa	Não	Enf.ª RT
2	BP Cascais	28.02.2019	39	0000	40s+1d	Distócico por ventosa	Não	Enf.ª RT

3	BP Cascais	03.03.2019	40	1011	40s+1d	Distócico por ventosa	Não	Enf <sup>ra</sup> RT
4	BP MAC	17.05.2019	34	0000	40s	Distócico por fórceps	Não	Enf <sup>ra</sup> RT
5	BP MAC	18.05.2019	31	1011	35s+2d	Distócico por fórceps	Não	Enf <sup>ra</sup> RT

### Participação ativa em partos gemelares

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	IO	IG	PERÍNEO	ACOMPANHAMENTO 4º ESTADIO	SUPERVISOR
1	BP MAC	16.06.2019	38	1011	41s	Intacto	Não	Enf.º CC

## 3 – VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES EM SITUAÇÃO DE RISCO

### - GRÁVIDAS -

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	SITUAÇÃO/CUIDADOS	SUPERVISOR
1	HGO	12.12.2018	32	RMP – repouso no leito, hidratação, temperatura e análises	Enf <sup>ra</sup> LM
2	HGO	12.12.2018	28	APPT – Repouso no leito, hidratação e análises	Enf <sup>ra</sup> LM
3	HGO	12.12.2018	27	Oligoâmnios ILA-3 – Repouso no leito e hidratação	Enf <sup>ra</sup> LM
4	HGO	14.12.2018	25	APPT – Repouso no leito, CTG, acompanhamento para ecografia	Enf <sup>ra</sup> LM
5	HGO	14.12.2018	23	APPT (ILA-3) – Levante p/ higiene, CTG	Enf <sup>ra</sup> LM
6	HGO	10.01.2019	34	DMI descompensada + HTA crónica – Controlo de glicémias e TA	Enf <sup>ra</sup> LM
7	HGO	10.01.2019	28	Oligoâmnios (susp. REBA) – Vigilância de bem-estar materno-fetal	Enf <sup>ra</sup> LM
8	HGO	13.01.2019	30	Oligoâmnios ILA-3/4 + DG – CTG, BMT, perdas vaginais, temperatura e análises	Enf <sup>ra</sup> LM
9	HGO	13.01.2019	19	Dor neuropática FID – controlo da dor, ABCF	Enf <sup>ra</sup> LM
10	HGO	13.01.2019	24	APPT (colo 25 mm) + DG – CTG, BMT e análises	Enf <sup>ra</sup> LM
11	HGO	13.01.2019	24	APPT (colo 17 mm) – ABCF, levante p/ cadeira de rodas, hidratação E.V.	Enf <sup>ra</sup> LM
12	HGO	13.01.2019	32	Vigilância TSV (alteração de fluxos), CTG, BMT, ABCF	Enf <sup>ra</sup> LM
13	HGO	13.01.2019	36	HTA crónica – vigilância de sintomas de Pré-eclâmpsia (edemas +++), diurese, TA	Enf <sup>ra</sup> LM
14	HGO	13.01.2019	25	Algias pélvicas + leucorreia – ABCF, perdas, temperatura	Enf <sup>ra</sup> LM
15	HGO	17.01.2019	36	Pré-eclâmpsia (PE) c/ critérios de gravidade – TA, diurese, sintomatologia associada e CTG	Enf <sup>ra</sup> LM
16	HGO	24.01.2019	39	HTA – Rotinas PE, CTG, diurese, edemas, alteração da visão	Enf <sup>ra</sup> LM
17	HGO	26.01.2019	32	APPT (colo 21 mm c/ afunilamento) – Repouso absoluto e CTG	Enf <sup>ra</sup> LM
18	HGO	26.01.2019	25	Hemorragia 2ºT – Hidratação, TA, Temperatura, Repouso absoluto, av. perdas hemáticas	Enf <sup>ra</sup> LM
19	HGO	26.01.2019	35	HTA induzida + ICP patológico – TA, ABCF, diurese, análises por cefaleias	Enf <sup>ra</sup> LM
20	HGO	26.01.2019	30	Oligoâmnios + DG – hidratação, ABCF, av. perdas e repouso absoluto	Enf <sup>ra</sup> LM
21	HGO	26.01.2019	35	Susp. RPM + DMII – Av. perdas, CTG, antibioterapia, BMT e temperatura	Enf <sup>ra</sup> LM
22	HGO	26.01.2019	30	IMG (feticídio) – Controlo de perdas, dor física e emocional, TA e temperatura	Enf <sup>ra</sup> LM
23	HGO	26.01.2019	40	ITU (multirresistente) – ABCF, diurese, hidratação, temperatura e isolamento de contacto	Enf <sup>ra</sup> LM



24	HGO	28.01.2019	28	Oligoâmnios (ILA-3) – CTG, acompanhamento p/ ecografia, perdas via vaginal e temperatura	Enf <sup>a</sup> LM
25	HGO	28.01.2019	24	APPT – CTG, repuncionar, repouso relativo	Enf <sup>a</sup> LM
26	HGO	28.01.2019	40	ITU – ABCF, temperatura, queixas urinárias, diurese e hidratação	Enf <sup>a</sup> LM
27	HGO	28.01.2019	34	DMI descompensada – CTG e BMT	Enf <sup>a</sup> LM
28	HGO	28.01.2019	33	APPT – CTG, vig. Queixas, perdas via vaginal, ABCF e repouso absoluto	Enf <sup>a</sup> LM
29	HGO	28.01.2019	29	Hemorragia 2 <sup>o</sup> T – vig. De perdas via vaginal, ABCF, temperatura, repouso absoluto	Enf <sup>a</sup> LM
30	HGO	28.01.2019	37	Dor neuropática – medicação p/ alívio da dor e CTG	Enf <sup>a</sup> LM
31	HGO	29.01.2019	30	RPM (APPT) – CTG, vig. De perdas via vaginal, repouso absoluto, hidratação e temperatura	Enf <sup>a</sup> LM
32	HGO	29.01.2019	25	APPT – CTG, hidratação e repouso absoluto	Enf <sup>a</sup> LM
33	HGO	29.01.2019	26	HTA induzida – controlo de TA e CTG	Enf <sup>a</sup> LM
34	HGO	29.01.2019	29	Descolamento placentar – vigilância de perdas via vaginal, CTG e repouso absoluto	Enf <sup>a</sup> LM
35	HGO	29.01.2019	33	Vigilância após amniocentese – Tocograma, perdas via vaginal e temperatura	Enf <sup>a</sup> LM
36	HGO	29.01.2019	37	APPT + RPM(?) – Vig. De perdas via vaginal, administração de tocolítico (atosibano), temperatura e realização de protocolo de maturação pulmonar (betametasona)	Enf <sup>a</sup> LM
37	HGO	29.01.2019	32	APPT (colo 25 mm) – vig. Perdas via vaginal, repouso relativo e hidratação	Enf <sup>a</sup> LM
38	HGO	29.01.2019	35	Oligoâmnios – vig. De perdas via vaginal, temperatura, CTG, hidratação e repouso absoluto	Enf <sup>a</sup> LM
39	HGO	31.01.2019	40	Pré-eclâmpsia – Vig. TA, diurese, proteinúria e sintomatologia associada	Enf <sup>a</sup> LM
40	HGO	31.01.2019	30	Hemorragia 1 <sup>o</sup> T – Vig. De perdas via vaginal, temperatura e repouso absoluto	Enf <sup>a</sup> LM

#### 4 – VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES COM AFEÇÕES GINECOLÓGICAS

##### - GINECOLOGIA -

Nº	Local	Data	Idade	Situação/Cuidados	Supervisor
1	HGO	22.12.2018	69	Carcinoma do endométrio (HT + AB) – cuidados de higiene e conforto, realçada e sinalizada para cuidados paliativos	Enf <sup>a</sup> LM
2	HGO	22.12.2018	61	Ooforectomia bilateral por neoplasia do endométrio – controlo da dor, encaminhada para a consulta da dor aguda e oncologia para seguimento de tratamentos (QT + RT)	Enf <sup>a</sup> LM
3	HGO	22.12.2018	29	DIP c/ complexo tubo-ovárico – antibioterapia e analgésicos	Enf <sup>a</sup> LM
4	HGO	22.12.2018	65	Carcinoma do colo c/ HT radical e linfadenetomia – levante e cuidados de higiene e conforto e administração de analgésicos	Enf <sup>a</sup> LM
5	HGO	10.01.2019	80	Mastectomia + exc. De gânglio sentinela – levante, penso e ensinos	Enf <sup>a</sup> LM
6	HGO	10.01.2019	53	Quadrantectomia da mama esquerda – Preparação pré-operatória	Enf <sup>a</sup> LM
7	HGO	24.01.2019	45	HT + SB – levante, higiene, penso, controlo da dor e avaliação de perdas via vaginal	Enf <sup>a</sup> LM

8	HGO	24.01.2019	43	HT + SB – levante, higiene, penso, controlo da dor e avaliação de perdas via vaginal	Enf <sup>ª</sup> LM
9	HGO	24.01.2019	35	Miomectomia via laparoscópica + sutura da sigmóide – cuidados ao estoma, CVC, drenos, alimentação e levante	Enf <sup>ª</sup> LM
10	HGO	24.01.2019	68	Tratamento de cistocelo retocelo – Preparação Pré-operatória	Enf <sup>ª</sup> LM
11	HGO	24.01.2019	35	DIP (operada) – levante, higiene, vig. De perdas via vaginal e controlo da dor	Enf <sup>ª</sup> LM
12	HGO	24.01.2019	61	Neo do ovário – vig. Respiratória (Gripe A + Pneumonia), higiene, medicação e isolamento de contacto	Enf <sup>ª</sup> LM
13	HGO	31.01.2019	60	Laparotomia exploradora + HT + Lav. Peritoneal – penso, desalgaliar e alimentação	Enf <sup>ª</sup> LM
14	HGO	31.01.2019	76	Omentectomia + HT – Cuidados à algália, realização de penso e vigilância de perdas	Enf <sup>ª</sup> LM
15	HGO	31.01.2019	82	HT – Vigilância de perdas via vaginal, levante penso	Enf <sup>ª</sup> LM
16	HGO	31.01.2019	33	DIP – medicação analgésica e anti-inflamatória, perdas via vaginal e temperatura.	Enf <sup>ª</sup> LM

## 5 – VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PUÉRPERAS E RN SAUDÁVEIS

### - Puerpério –

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	PUÉRPERA	RN	SUPERVISOR
1	CUF Desc	11.03.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, amamentação	Enf <sup>ª</sup> RM
2	CUF Desc	11.03.2019	36	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM
3	CUF Desc	11.03.2019	40	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>ª</sup> RM
4	CUF Desc	11.03.2019	26	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, amamentação	Enf <sup>ª</sup> RM
5	CUF Desc	11.03.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, amamentação	Enf <sup>ª</sup> RM
6	CUF Desc	11.03.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM
7	CUF Desc	12.03.2019	43	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM
8	CUF Desc	12.03.2019	28	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, amamentação	Enf <sup>ª</sup> RM
9	CUF Desc	12.03.2019	41	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, amamentação	Enf <sup>ª</sup> RM
10	CUF Desc	12.03.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>ª</sup> RM
11	CUF Desc	12.03.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, amamentação	Enf <sup>ª</sup> RM
12	CUF Desc	13.10.2019	37	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM
13	CUF Desc	13.10.2019	32	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM
14	CUF Desc	13.10.2019	38	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM
15	CUF Desc	13.10.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>ª</sup> RM
16	CUF Desc	13.10.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LA	Enf <sup>ª</sup> RM
17	CUF Desc	13.10.2019	32	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia.	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>ª</sup> RM

18	CUF Desc	14.10.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, alta	Enf <sup>a</sup> RM
19	CUF Desc	14.10.2019	23	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, alta	Enf <sup>a</sup> RM
20	CUF Desc	14.10.2019	21	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
21	CUF Desc	14.10.2019	42	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, alta	Enf <sup>a</sup> RM
22	CUF Desc	14.10.2019	20	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LA, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
23	CUF Desc	15.10.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
24	CUF Desc	15.10.2019	26	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia.	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
25	CUF Desc	15.10.2019	39	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia.	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
26	CUF Desc	15.10.2019	32	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia.	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
27	CUF Desc	16.10.2019	28	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
28	CUF Desc	16.10.2019	30	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
29	CUF Desc	16.10.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
30	CUF Desc	16.10.2019	41	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
31	CUF Desc	16.10.2019	24	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LA, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
32	CUF Desc	16.10.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
33	CUF Desc	17.03.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LA	Enf <sup>a</sup> RM
34	CUF Desc	17.03.2019	21	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
35	CUF Desc	17.03.2019	39	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
36	CUF Desc	17.03.2019	36	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
37	CUF Desc	17.03.2019	42	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, alta	Enf <sup>a</sup> RM
38	CUF Desc	20.03.2019	39	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
39	CUF Desc	20.03.2019	37	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
40	CUF Desc	20.03.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, Diagnóstico Precoce, alta	Enf <sup>a</sup> RM
41	CUF Desc	20.03.2019	37	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM



42	CUF Desc	20.03.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
43	CUF Desc	20.03.2019	31	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LA, alta	Enf <sup>a</sup> RM
44	CUF Desc	26.03.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
45	CUF Desc	26.03.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
46	CUF Desc	26.03.2019	30	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
47	CUF Desc	26.03.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
48	CUF Desc	26.03.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
49	CUF Desc	27.03.2019	30	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
50	CUF Desc	27.03.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
51	CUF Desc	27.03.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
52	CUF Desc	27.03.2019	30	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LA, alta	Enf <sup>a</sup> RM
53	CUF Desc	27.03.2019	31	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
54	CUF Desc	27.03.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
55	CUF Desc	28.03.2019	37	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
56	CUF Desc	28.03.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
57	CUF Desc	28.03.2019	36	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
58	CUF Desc	28.03.2019	38	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
59	CUF Desc	28.03.2019	28	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
60	CUF Desc	28.03.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
61	CUF Desc	30.03.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LA	Enf <sup>a</sup> RM
62	CUF Desc	30.03.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
63	CUF Desc	30.03.2019	40	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
64	CUF Desc	30.03.2019	31	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
65	CUF Desc	30.03.2019	30	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
66	CUF Desc	30.03.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
67	CUF Desc	04.04.2019	39	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM

68	CUF Desc	04.04.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
69	CUF Desc	04.04.2019	45	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
70	CUF Desc	04.04.2019	24	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce, Alta	Enf <sup>a</sup> RM
71	CUF Desc	04.04.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
72	CUF Desc	05.04.2019	26	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LA	Enf <sup>a</sup> RM
73	CUF Desc	05.04.2019	29	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
74	CUF Desc	05.04.2019	40	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, comprimento	Enf <sup>a</sup> RM
75	CUF Desc	05.04.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia		Enf <sup>a</sup> RM
76	CUF Desc	05.04.2019	39	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce	Enf <sup>a</sup> RM
77	CUF Desc	05.04.2019	26	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce	Enf <sup>a</sup> RM
78	CUF Desc	09.04.2019	37	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
79	CUF Desc	09.04.2019	41	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce	Enf <sup>a</sup> RM
80	CUF Desc	09.04.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
81	CUF Desc	09.04.2019	23	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
82	CUF Desc	09.04.2019	27	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA, alta	Enf <sup>a</sup> RM
83	CUF Desc	09.04.2019	35	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
84	CUF Desc	11.04.2019	39	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
85	CUF Desc	11.04.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
86	CUF Desc	11.04.2019	41	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, Diagnóstico Precoce, alta	Enf <sup>a</sup> RM
87	CUF Desc	11.04.2019	37	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
88	CUF Desc	11.04.2019	32	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
89	CUF Desc	12.04.2019	28	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA	Enf <sup>a</sup> RM
90	CUF Desc	12.04.2019	26	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM, vacina	Enf <sup>a</sup> RM
91	CUF Desc	12.04.2019	31	Mamas + Involução uterina + Perdas + laceração suturada	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM
92	CUF Desc	12.04.2019	31	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA	Enf <sup>a</sup> RM
93	CUF Desc	23.04.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>a</sup> RM

94	CUF Desc	23.04.2019	40	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LA, comprimento	Enf <sup>ra</sup> RM
95	CUF Desc	23.04.2019	33	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>ra</sup> RM
96	CUF Desc	23.04.2019	36	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce	Enf <sup>ra</sup> RM
97	CUF Desc	23.04.2019	30	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>ra</sup> RM
98	CUF Desc	24.04.2019	32	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, LM	Enf <sup>ra</sup> RM
99	CUF Desc	24.04.2019	34	Mamas + Involução uterina + Perdas + episiorrafia	Peso, banho, vacina, comprimento	Enf <sup>ra</sup> RM
100	CUF Desc	24.04.2019	28	Mamas + Involução uterina + Perdas + sutura CST	Peso, banho, vacina, LA, Diagnóstico Precoce	Enf <sup>ra</sup> RM

## 6 – VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A RN DE RISCO

### - Neonatologia –

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	RN	SUPERVISOR
1	CUF Desc	26.04.2019	1h	RN necessitou ir para incubadora por apresentar SDR.	Enf <sup>ra</sup> RM
2	CUF Desc	27.04.2019	2d	RN com necessidade de aporte de oxigenoterapia suplementar e adaptação à mama da mãe.	Enf <sup>ra</sup> RM
3	CUF Desc	28.04.2019	11d	RN já prestes a ter alta, após ter tido derrame pleural bilateral com necessidade de se colocar drenagens torácicas. Adaptação ao aleitamento por biberão e preparação dos pais para os cuidados ao RN no domicílio.	Enf <sup>ra</sup> RM

## 7 – VISITA DOMICILIÁRIA

Nº	LOCAL	DATA	IDADE	PUÉRPERA	RN	SUPERVISOR
1	CUF Desc	26.04.2019	19d (gémeas)	Mamas + cicatriz da CST, reforçados ensinamentos (hidratação, protelar desporto até observação por fisioterapeuta, consulta de revisão do puerpério), outras questões importantes à puérpera	Reforçados ensinamentos sobre higiene nasal, observação do coto umbilical, observação de alterações físicas, observada amamentação e ajustados novos posicionamentos para amamentar em tandem.	Enf <sup>ra</sup> CF

## 8. PRÁTICA SIMULADA

Nº	LOCAL	HORAS	SITUAÇÃO DE SIMULAÇÃO	DOCENTES
1	Admissão na maternidade	2h	Recolha de dados; Manobras de Leopold e Exame vaginal	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
2	Vigilância do TP e Parto	2h	Contractilidade uterina; CTG; Técnica do parto, dequitação	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
3	Reanimação Neonatal	2h	Reanimação do RN	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
4	Reconstrução Perineal	2h	Episiorrafia e Perineorrafia	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
5	Urgências Obstétricas	2h	Distócia de ombros; Hemorragia pós-parto	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)

## 9. CAMPOS CLÍNICOS



CAMPO CLÍNICO	UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇO	Nº DE HORAS	SUPERVISOR	DO CENTE
<b>Cuidados de Saúde Primários</b>	<i>UCSP 7 rios</i>	<i>Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva</i>	<i>200 h</i>	<i>AMFSCV</i>	Margarida Sim-Sim (PhD)
<b>Grávidas</b>	<i>Hospital Garcia de Orta, E.P.E.</i>	<i>Internamento de Grávidas e Ginecologia</i>	<i>200 h</i>	<i>LMSM</i>	Margarida Sim-Sim (PhD)
<b>Puerpério</b>	<i>Hospital CUF das Descobertas</i>	<i>Puerpério</i>	<i>192 h</i>	<i>RSBM</i>	Margarida Sim-Sim (PhD)
<b>Bloco de Partos I</b>	<i>Centro Hospitalar Barreiro-Montijo</i>	<i>Urgência Obstétrica e Ginecológica</i>	<i>192 h</i>	<i>ACQ</i>	Margarida Sim-Sim (PhD)
<b>Bloco de Partos II</b>	<i>Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida</i>	<i>Bloco de Partos</i>	<i>136 h</i>	<i>RSNT</i>	Margarida Sim-Sim (PhD)
<b>Bloco de Partos III</b>	<i>Maternidade Alfredo da Costa</i>	<i>Urgência Obstétrica e Ginecológica</i>	<i>256 h</i>	<i>César Augusto Cardona Crespo Sequeira Calado</i>	Margarida Sim-Sim (PhD)

#### FONTE DE PESQUISA:

DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. In. Lisboa.

## APÊNDICE M – Resultados da análise dos dados do Instrumento de recolha de dados

## Dados Sociodemográficos

Condição do casal		
	Frequency	Percent
Gravidez	41	70,7
Puerpério	17	29,3
Total	58	100,0

Estado Civil		
	Frequency	Percent
Solteira	14	24,1
Casada	19	32,8
União de facto	23	39,7
Divorciada	2	3,4
Total	58	100,0

Statistics			
		IdadeMãe2	IdadePai2
N	Valid	58	58
	Missing	0	0
Mean		31,8276	33,4828
Median		32,0000	34,0000
Mode		25,00 <sup>a</sup>	37,00
Std. Deviation		6,44855	6,42430
Minimum		17,00	20,00
Maximum		50,00	51,00
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown			

## Habilitações literárias das mulheres

Habilitações		
	n	%
<9ºAno	2	3,4
9ºAno	11	19,0
12ºAno	12	20,7
Curso tec	8	13,8
Licenciada	17	29,3
Mestre	6	10,3
Doutora	1	1,7
Total	57	98,3
Missing	1	1,7
	58	100,0

## Habilitações literárias dos homens

P2Habilitações					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<9ºAno	5	8,6	8,6	8,6
	9ºAno	10	17,2	17,2	25,9
	12ºAno	19	32,8	32,8	58,6
	Curso técnico	9	15,5	15,5	74,1
	Licenciatura	8	13,8	13,8	87,9
	Mestrado	6	10,3	10,3	98,3
	Doutoramento	1	1,7	1,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Situação Laboral		
	n	%
Empregada	47	81,0
Desempregada	11	19,0
Total	58	100,0

C21Filho1		
	Frequency	Percent
Sim	46	79,3
Não	12	20,7
Total	58	100,0

	<b>C22AulasPParto</b>	
	Frequency	Percent
Sim	35	60,3
Não	23	39,7
Total	58	100,0

	<b>C23PresençaPai</b>	
	Frequency	Percent
Sim	56	96,6
Não sabe	2	3,4
Total	58	100,0

	<b>C61PartoSabia</b>	
	Frequency	Percent
Sim	40	69,0
Não	18	31,0
Total	58	100,0

<b>\$z Frequencies</b>				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$z <sup>a</sup>	C62SoubeClasse	22	39,3%	51,2%
	C62SoubeConsulta	7	12,5%	16,3%
	C62SoubeCTG	1	1,8%	2,3%
	C62SoubeFamiliares	6	10,7%	14,0%
	C62SoubeInternet	9	16,1%	20,9%
	C62SoubeEnfermeiro	10	17,9%	23,3%
	C62Outros	1	1,8%	2,3%
Total		56	100,0%	130,2%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

	<b>PPsabe</b>	
	Frequency	Percent
Não	13	31,7
Sim	28	68,3
Total	41	100,0



	<b>C63FezPParto</b>	
	Frequency	Percent
NA	13	31,7
Sim	9	22,0
Não	14	34,1
Vai fazer	5	12,2
Total	41	100,0

	<b>C64EntregouPParto</b>	
	Frequency	Percent
NA	27	65,9
Sim	2	4,9
Não	5	12,2
Vai entregar	7	17,1
Total	41	100,0

	<b>C65Reserva</b>	
	Frequency	Percent
NA	39	95,1
Não	2	4,9
Total	41	100,0

### CONSIDERANDO AS 17 PARTICIPANTES PUÉRPERAS

	<b>C21Filho1</b>	
	Frequency	Percent
Sim	15	88,2
Não	2	11,8
Total	17	100,0

	<b>C22AulasPParto</b>	
	Frequency	Percent
Sim	7	41,2
Não	10	58,8
Total	17	100,0

<b>C23PresençaPai</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	94,1	94,1	94,1
	Não sabe	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

	<b>C24Parto</b>	
	Frequency	Percent
Natural/Espontâneo	7	41,2
Ferros/Ventosa	6	35,3
Cesariana	4	23,5
Total	17	100,0

	C61PartoSabia	
	Frequency	Percent
Sim	12	70,6
Não	5	29,4
Total	17	100,0

	C63FezPParto	
	Frequency	Percent
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

C64EntregouPParto					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NA	10	83,3	83,3	83,3
	Sim	1	8,3	8,3	91,7
	Não	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

## GRÁVIDAS

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	41	118,00	172,00	147,1220	13,68429
CEQpai	41	120,00	171,00	147,4634	12,45411
Valid N (listwise)	41				

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	5	133,00	162,00	146,8000	11,75585
Valid N (listwise)	5				

	CEQ-Gravidas
Sim	153,88
Não	147,42
Vai fazer	146,8

As expetativas das grávidas que têm o 1º filho

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	31	118,00	172,00	145,5161	14,40109
Valid N (listwise)	31				

As expetativas das grávidas que já têm um filho

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	10	134,00	166,00	152,1000	10,22470
Valid N (listwise)	10				

Entregou o Plano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	10	134,00	166,00	152,1000	10,22470
Valid N (listwise)	10				

Não entregou o Plano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	5	142,00	170,00	159,4000	11,39298
Valid N (listwise)	5				



Vai entregar o Plano de parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	7	124,00	172,00	147,1429	16,86642
Valid N (listwise)	7				

Expetativas do parceiro sexual da grávida que afirma que entregou o Plano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	2	138,00	146,00	142,0000	5,65685
Valid N (listwise)	2				

Expetativas do parceiro sexual da grávida que afirma que não entregou o Plano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	5	151,00	171,00	162,4000	7,66812
Valid N (listwise)	5				

Expetativas do parceiro sexual da grávida que afirma que vai entregar o Plano de parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	7	121,00	167,00	144,0000	15,79029
Valid N (listwise)	7				

## PUERPÉRIO

Estatísticas descritivas das puérperas e seus parceiros sobre as Experiências no Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	17	122,00	169,00	148,0000	12,51000
CEQpai	17	115,00	165,00	147,7059	13,00848
Valid N (listwise)	17				

**Experiências das mulheres puérperas de acordo com o facto de terem ou não redigido o Plano de Parto**

Puérperas redigiram o Pano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	2	142,00	151,00	146,5000	6,36396
Valid N (listwise)	2				

Puérperas que não redigiram o Pano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	10	132,00	163,00	148,9000	11,49348
Valid N (listwise)	10				

Experiências das mulheres puérperas de acordo com o facto de terem ou não entregue Plano de Parto  
Puérperas entregou o Pano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	1	151,00	151,00	151,0000	.
Valid N (listwise)	1				

Puérperas não entregou o Pano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	1	142,00	142,00	142,0000	.
Valid N (listwise)	1				

Marido da Puérperas que entregou o Pano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	1	153,00	153,00	153,0000	.
Valid N (listwise)	1				

Marido da Puérpera que não entregou o Pano de Parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	1	147,00	147,00	147,0000	.
Valid N (listwise)	1				

## EXPERIÊNCIAS

Estatísticas descritivas das Puérperas e seus parceiros sexuais

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	17	122,00	169,00	148,0000	12,51000
CEQpai	17	115,00	165,00	147,7059	13,00848
Valid N (listwise)	17				

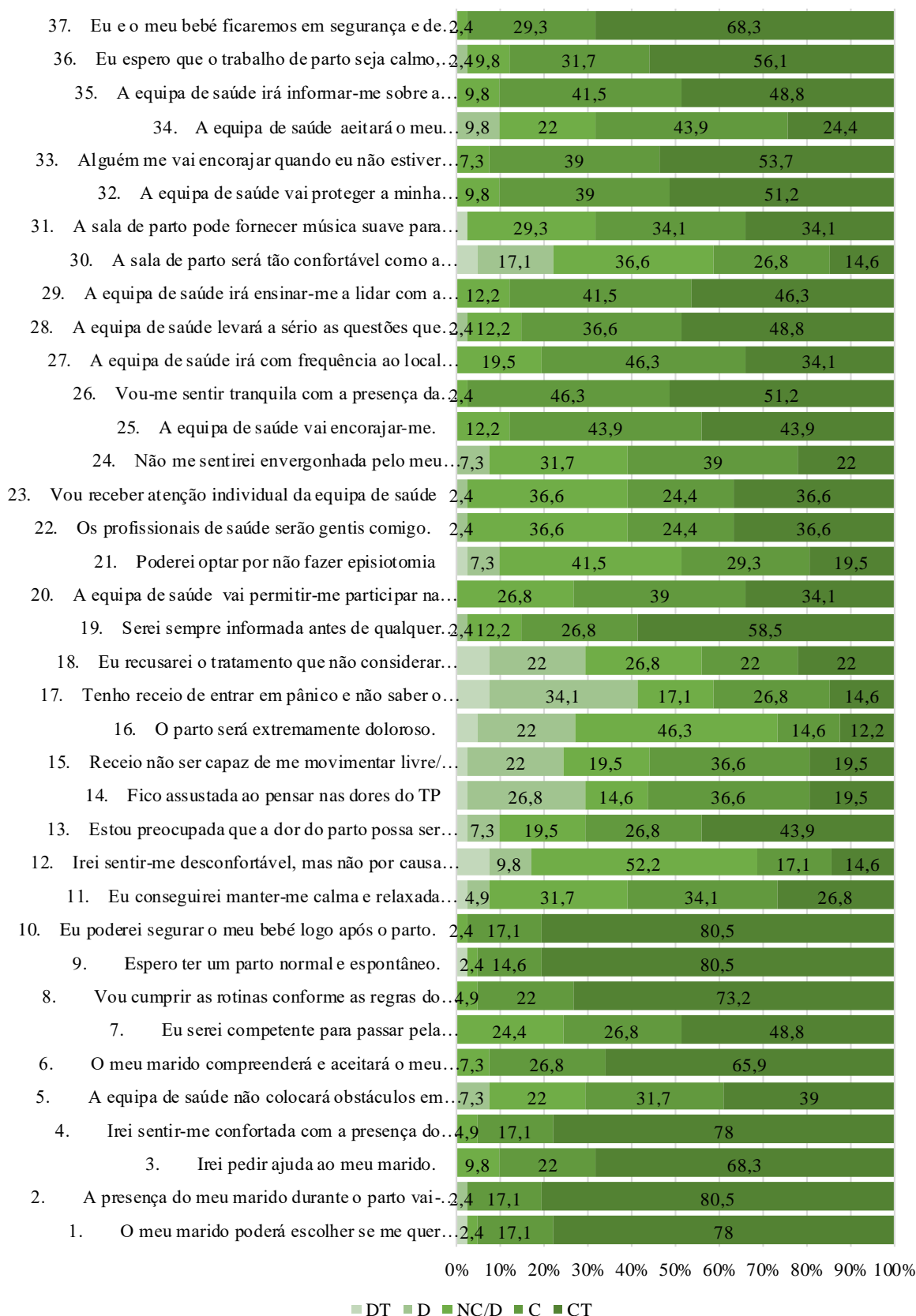
## RESULTADOS NA CEQ DAS MULHERES GRÁVIDAS (EXPECTATIVAS)

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Resultados em % relativamente a 41 mulheres grávidas	DT	D	NCND	C	CT
1. O meu marido poderá escolher se me quer acompanhar ou não no trabalho de parto.	2.4	-	2.4	17.1	78
2. A presença do meu marido durante o parto vai-me fazer sentir feliz e animada.	-	2.4	-	17.1	80.5
3. Irei pedir ajuda ao meu marido.	-	-	9.8	22	68.3
4. Irei sentir-me confortada com a presença do meu marido.	-	-	4.9	17.1	78
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocará obstáculos em que o meu marido me diga o que souber sobre a evolução do trabalho de parto.		7.3	22	31.7	39
6. O meu marido compreenderá e aceitará o meu comportamento no trabalho de parto.			7.3	26.8	65.9
7. Eu serei competente para passar pela experiência do trabalho de parto.			24.4	26.8	48.8
8. Vou cumprir as rotinas conforme as regras do hospital.			4.9	22	73.2
9. Espero ter um parto normal e espontâneo.	2.4	-	2.4	14.6	80.5
10. Eu poderei segurar o meu bebé logo após o parto.			2.4	17.1	80.5
11. Eu conseguirei manter-me calma e relaxada enquanto o trabalho de parto evolui.	2.4	4.9	31.7	34.1	26.8
12. Irei sentir-me desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	7.3	9.8	52.2	17.1	14.6
13. Estou preocupada que a dor do parto possa ser muito intensa.	2.4	7.3	19.5	26.8	43.9
14. Fico assustada ao pensar nas dores do trabalho de parto.	2.4	26.8	14.6	36.6	19.5
15. Receio não ser capaz de me movimentar livremente quando estiver com as dores do trabalho de parto.	2.4	22	19.5	36.6	19.5
16. O parto será extremamente doloroso.	4.9	22	46.3	14.6	12.2
17. Tenho receio de entrar em pânico e não saber o que fazer quando tiver dores.	7.3	34.1	17.1	26.8	14.6
18. Eu recusarei o tratamento que não considerar necessário.	7.3	22	26.8	22	22
19. Serei sempre informada antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).	-	2.4	12.2	26.8	58.5
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai permitir-me participar totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.			26.8	39	34.1
21. Poderei optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	2.4	7.3	41.5	29.3	19.5
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo.		2.4	36.6	24.4	36.6
23. Vou receber atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).		2.4	36.6	24.4	36.6
24. Não me sentirei envergonhada pelo meu comportamento.		7.3	31.7	39	22
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) vai encorajar-me.			12.2	43.9	43.9
26. Vou-me sentir tranquila com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).			2.4	46.3	51.2
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) virá com frequência ao local onde estou em trabalho de parto.			19.5	46.3	34.1
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levará a sério as questões que vou colocar.		2.4	12.2	36.6	48.8
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá ensinar-me a lidar com a dor.			12.2	41.5	46.3
30. A sala de parto será tão confortável como a minha casa.	4.9	17.1	36.6	26.8	14.6
31. A sala de parto pode fornecer música suave para me ajudar a relaxar.	2.4		29.3	34.1	34.1
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai proteger a minha privacidade.			9.8	39	51.2
33. Alguém me vai encorajar quando eu não estiver a aguentar.			7.3	39	53.7
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitará o meu comportamento quando não me conseguir "controlar".		9.8	22	43.9	24.4
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá informar-me sobre a evolução do trabalho de parto.			9.8	41.5	48.8
36. Eu espero que o trabalho de parto seja calmo, normal e breve.		2.4	9.8	31.7	56.1
37. Eu e o meu bebé ficaremos em segurança e de boa saúde.			2.4	29.3	68.3



## Expetativas das Grávidas

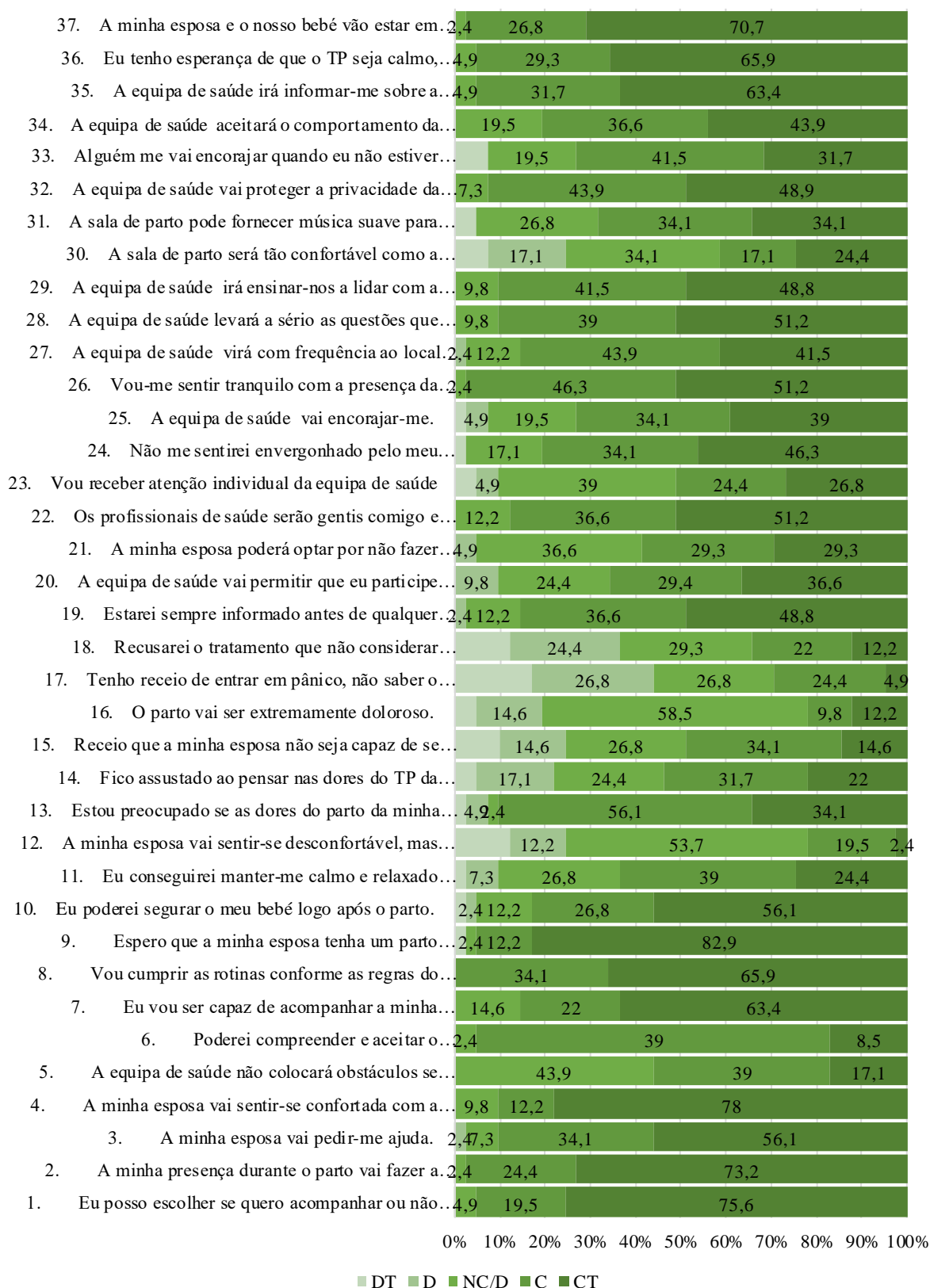


## RESULTADOS NA CEQ DOS PARCEIROS SEXUAIS DAS MULHERES GRÁVIDAS (EXPECTATIVAS)

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Resultados em % relativamente a 41 mulheres grávidas	DT	D	NC/D	C	CT
1. Eu posso escolher se quero acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto.			4.9	19.5	75.6
2. A minha presença durante o parto vai fazer a minha esposa sentir-se feliz e animada.			2.4	24.4	73.2
3. A minha esposa vai pedir-me ajuda.		2.4	7.3	34.1	56.1
4. A minha esposa vai sentir-se confortada com a minha presença.			9.8	12.2	78
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocará obstáculos se eu for dizendo à minha esposa o que souber sobre a evolução do trabalho de parto			43.9	39	17.1
6. Poderei compreender e aceitar o comportamento da minha esposa no trabalho de parto.			2.4	39	8.5
7. Eu vou ser capaz de acompanhar a minha esposa durante o trabalho de parto			14.6	22	63.4
8. Vou cumprir as rotinas conforme as regras do hospital, no papel de acompanhante.				34.1	65.9
9. Espero que a minha esposa tenha um parto normal e espontâneo.	2.4		2.4	12.2	82.9
10. Eu poderei segurar o meu bebé logo após o parto.	2.4	2.4	12.2	26.8	56.1
11. Eu conseguirei manter-me calmo e relaxado enquanto o trabalho de parto evolui.	2.4	7.3	26.8	39	24.4
12. A minha esposa vai sentir-se desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	12.2	12.2	53.7	19.5	2.4
13. Estou preocupado se as dores do parto da minha esposa serão muito intensas.	2.4	4.9	2.4	56.1	34.1
14. Fico assustado ao pensar nas dores do trabalho de parto da minha esposa.	4.9	17.1	24.4	31.7	22
15. Receio que a minha esposa não seja capaz de se movimentar livremente quando estiver com as dores do trabalho de parto.	9.8	14.6	26.8	34.1	14.6
16. O parto vai ser extremamente doloroso.	4.9	14.6	58.5	9.8	12.2
17. Tenho receio de entrar em pânico, não saber o que fazer quando a minha esposa tiver dores.	17.1	26.8	26.8	24.4	4.9
18. Recusarei o tratamento que não considerar necessário à minha esposa.	12.2	24.4	29.3	22	12.2
19. Estarei sempre informado antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).		2.4	12.2	36.6	48.8
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai permitir que eu participe totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.		9.8	24.4	29.4	36.6
21. A minha esposa poderá optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).		4.9	36.6	29.3	29.3
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) serão gentis comigo e com a minha esposa.			12.2	36.6	51.2
23. Vou receber atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	4.9	4.9	39	24.4	26.8
24. Não me sentirei envergonhado pelo meu comportamento.	2.4		17.1	34.1	46.3
25. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai encorajar-me.	2.4	4.9	19.5	34.1	39
26. Vou-me sentir tranquilo com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).			2.4	46.3	51.2
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) virá com frequência ao local onde estou com a minha esposa em trabalho de parto.		2.4	12.2	43.9	41.5
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levará a sério as questões que vou colocar.			9.8	39	51.2
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá ensinar-nos a lidar com a dor.			9.8	41.5	48.8
30. A sala de parto será tão confortável como a minha casa.	7.3	17.1	34.1	17.1	24.4
31. A sala de parto pode fornecer música suave para me ajudar a relaxar.	4.9		26.8	34.1	34.1
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) vai proteger a privacidade da minha esposa.			7.3	43.9	48.9
33. Alguém me vai encorajar quando eu não estiver a aguentar.	7.3		19.5	41.5	31.7
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitará o comportamento da minha esposa quando não conseguir "controlar-se".			19.5	36.6	43.9
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) irá informar-me sobre a evolução do trabalho de parto da minha esposa.			4.9	31.7	63.4
36. Eu tenho esperança de que o trabalho de parto seja calmo, normal e breve.			4.9	29.3	65.9
37. A minha esposa e o nosso bebé vão estar em segurança e de boa saúde.			2.4	26.8	70.7

## Expetativas dos parceiros sexuais das Grávidas



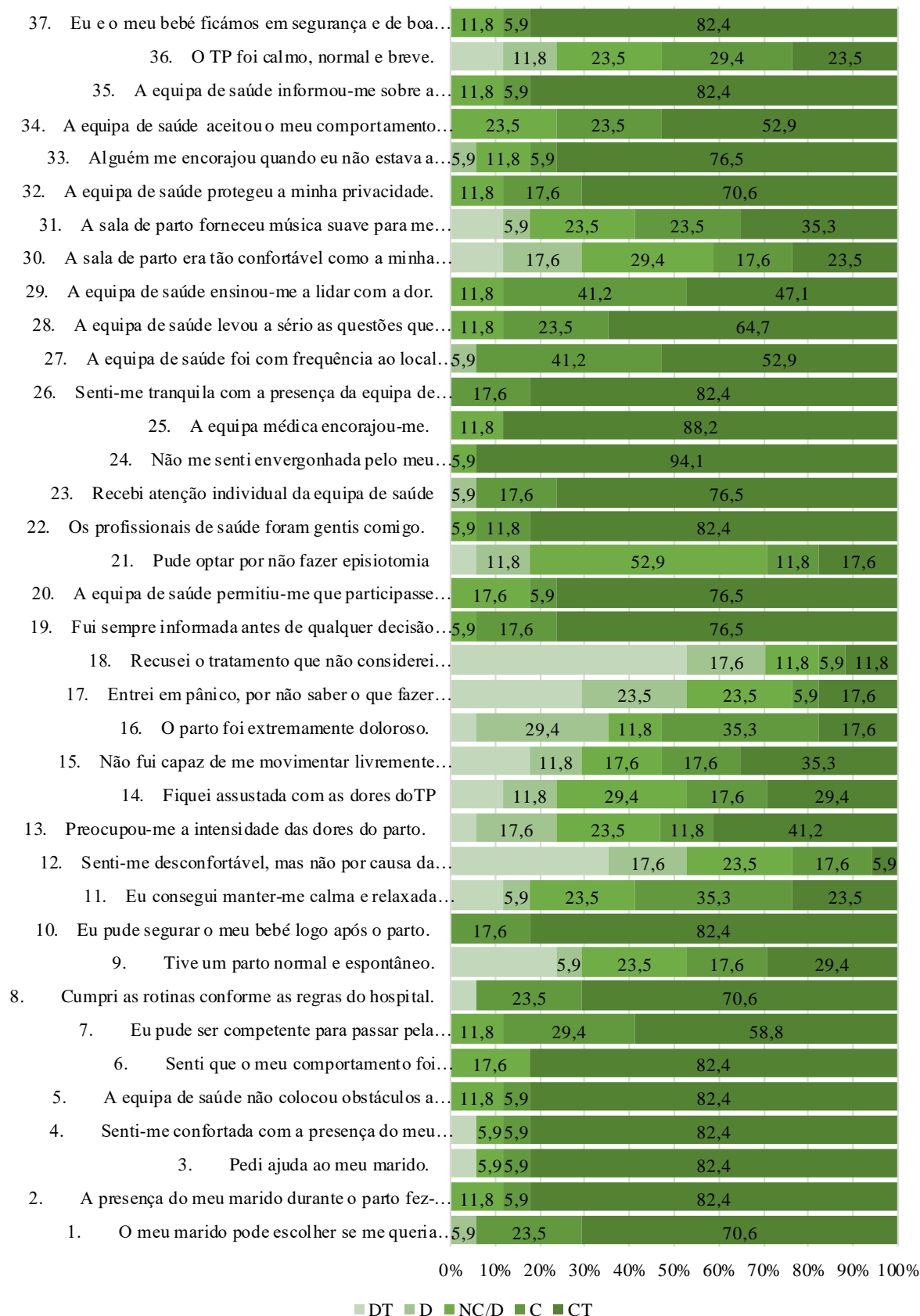


## RESULTADOS NA CEQ DAS MULHERES PUÉRPERAS (EXPERIÊNCIAS)

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Resultados em % relativamente a 17 mulheres puérperas (1 resposta = 5.9%)	DT	D	NCND	C	CT
1. O meu marido pode escolher se me queria acompanhar ou não no trabalho de parto.		5.9	-	23.5	70.6
2. A presença do meu marido durante o parto fez-me sentir feliz e animada.			11.8	5.9	82.4
3. Pedi ajuda ao meu marido.	5.9		5.9	5.9	82.4
4. Senti-me confortada com a presença do meu marido.	5.9		5.9	5.9	82.4
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocou obstáculos a que o meu marido me fosse dizendo sobre o que sabia sobre a evolução do trabalho de parto.			11.8	5.9	82.4
6. Senti que o meu comportamento foi compreendido e aceite pelo meu marido, durante o trabalho de parto.			17.6		82.4
7. Eu pude ser competente para passar pela experiência do trabalho de parto.			11.8	29.4	58.8
8. Cumpi as rotinas conforme as regras do hospital.	5.9			23.5	70.6
9. Tive um parto normal e espontâneo.	23.5	5.9	23.5	17.6	29.4
10. Eu pude segurar o meu bebé logo após o parto.				17.6	82.4
11. Eu consegui manter-me calma e relaxada enquanto o trabalho de parto evoluiu.	11.8	5.9	23.5	35.3	23.5
12. Senti-me desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	35.3	17.6	23.5	17.6	5.9
13. Preocupou-me a intensidade das dores do parto.	5.9	17.6	23.5	11.8	41.2
14. Fiquei assustada com as dores do trabalho de parto.	11.8	11.8	29.4	17.6	29.4
15. Não fui capaz de me movimentar livremente quando estava com as dores do trabalho de parto.	17.6	11.8	17.6	17.6	35.3
16. O parto foi extremamente doloroso.	5.9	29.4	11.8	35.3	17.6
17. Entrei em pânico, por não saber o que fazer quando estava com dores.	29.4	23.5	23.5	5.9	17.6
18. Recusei o tratamento que não considere necessário.	52.9	17.6	11.8	5.9	11.8
19. Fui sempre informada antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).			5.9	17.6	76.5
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) permitiu-me que participasse totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.			17.6	5.9	76.5
21. Pude optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	5.9	11.8	52.9	11.8	17.6
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) foram gentis comigo.			5.9	11.8	82.4
23. Recebi atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).		5.9		17.6	76.5
24. Não me senti envergonhada pelo meu comportamento.			5.9		94.1
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) encorajou-me.			11.8		88.2
26. Senti-me tranquila com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).				17.6	82.4
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) foi com frequência ao local onde estava em trabalho de parto		5.9		41.2	52.9
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levou a sério as questões que coloquei.			11.8	23.5	64.7
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) ensinou-me a lidar com a dor.			11.8	41.2	47.1
30. A sala de parto era tão confortável como a minha casa.	11.8	17.6	29.4	17.6	23.5
31. A sala de parto forneceu música suave para me ajudar a relaxar.	11.8	5.9	23.5	23.5	35.3
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) protegeu a minha privacidade.			11.8	17.6	70.6
33. Alguém me encorajou quando eu não estava a aguentar.		5.9	11.8	5.9	76.5
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o meu comportamento quando não me consegui "controlar".			23.5	23.5	52.9
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) informou-me sobre a evolução do trabalho de parto.			11.8	5.9	82.4
36. O trabalho de parto foi calmo, normal e breve.	11.8	11.8	23.5	29.4	23.5
37. Eu e o meu bebé ficámos em segurança e de boa saúde.			11.8	5.9	82.4

## Experiências das Puérperas

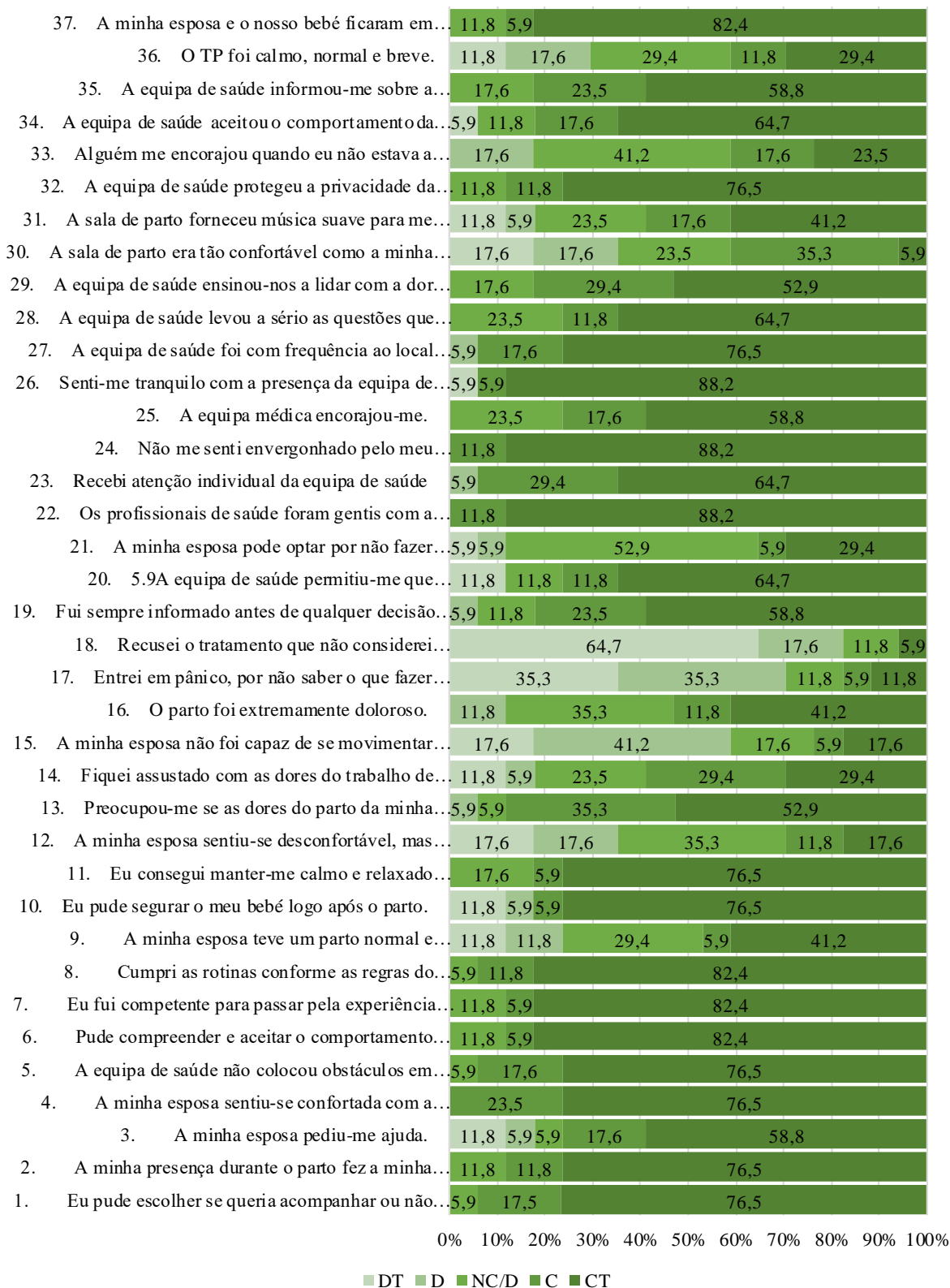


## RESULTADOS NA CEQ DOS PARCEIROS SEXUAIS DE 17 MULHERES PUÉRPERAS (EXPERIÊNCIAS)

Resultados em % relativamente aos parceiros sexuais de 17 mulheres puérperas	DT	D	NC/D	C	CT
1. Eu pude escolher se queria acompanhar ou não a minha esposa no trabalho de parto.			5.9	17.5	76.5
2. A minha presença durante o parto fez a minha esposa sentir-se feliz e animada.			11.8	11.8	76.5
3. A minha esposa pediu-me ajuda.	11.8	5.9	5.9	17.6	58.8
4. A minha esposa sentiu-se confortada com a minha presença.				23.5	76.5
5. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) não colocou obstáculos em eu dizer à minha esposa o que sabia sobre a evolução do trabalho de parto.			5.9	17.6	76.5
6. Pude compreender e aceitar o comportamento da minha esposa no trabalho de parto.			11.8	5.9	82.4
7. Eu fui competente para passar pela experiência de acompanhar o trabalho de parto.			11.8	5.9	82.4
8. Cumpri as rotinas conforme as regras do hospital, no papel de acompanhante			5.9	11.8	82.4
9. A minha esposa teve um parto normal e espontâneo.	11.8	11.8	29.4	5.9	41.2
10. Eu pude segurar o meu bebé logo após o parto.	11.8	5.9		5.9	76.5
11. Eu consegui manter-me calmo e relaxado enquanto o trabalho de parto evoluiu.			17.6	5.9	76.5
12. A minha esposa sentiu-se desconfortável, mas não por causa da dor elevada.	17.6	17.6	35.3	11.8	17.6
13. Preocupou-me se as dores do parto da minha esposa estavam a ser muito intensas.		5.9	5.9	35.3	52.9
14. Fiquei assustado com as dores do trabalho de parto da minha esposa.	11.8	5.9	23.5	29.4	29.4
15. A minha esposa não foi capaz de se movimentar livremente quando estava com as dores do trabalho de parto.	17.6	41.2	17.6	5.9	17.6
16. O parto foi extremamente doloroso.		11.8	35.3	11.8	41.2
17. Entrei em pânico, por não saber o que fazer quando a minha esposa estava com dores.	35.3	35.3	11.8	5.9	11.8
18. Recusei o tratamento que não considerei necessário à minha esposa.	64.7	17.6	11.8		5.9
19. Fui sempre informado antes de qualquer decisão médica dos profissionais de saúde (médicos; enfermeiros).		5.9	11.8	23.5	58.8
20. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) permitiu-me que participasse totalmente na tomada de decisões durante o trabalho de parto.	11.8		11.8	11.8	64.7
21. A minha esposa pode optar por não fazer episiotomia (corte do canal vaginal).	5.9	5.9	52.9	5.9	29.4
22. Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros) foram gentis com a minha esposa.				11.8	88.2
23. Recebi atenção individual da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).		5.9		29.4	64.7
24. Não me senti envergonhado pelo meu comportamento.				11.8	88.2
25. A equipa médica (médicos; enfermeiros) encorajou-me.			23.5	17.6	58.8
26. Senti-me tranquilo com a presença da equipa de saúde (médicos; enfermeiros).	5.9			5.9	88.2
27. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) foi com frequência ao local onde estava com a minha esposa em trabalho de parto.		5.9		17.6	76.5
28. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) levou a sério as questões que coloquei.			23.5	11.8	64.7
29. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) ensinou-nos a lidar com a dor do trabalho de parto.			17.6	29.4	52.9
30. A sala de parto era tão confortável como a minha casa.	17.6	17.6	23.5	35.3	5.9
31. A sala de parto forneceu música suave para me ajudar a relaxar.	11.8	5.9	23.5	17.6	41.2
32. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) protegeu a privacidade da minha esposa.			11.8	11.8	76.5
33. Alguém me encorajou quando eu não estava a aguentar.		17.6	41.2	17.6	23.5
34. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) aceitou o comportamento da minha esposa quando não conseguiu “controlar-se”.	5.9		11.8	17.6	64.7
35. A equipa de saúde (médicos; enfermeiros) informou-me sobre a evolução do trabalho de parto da minha esposa.			17.6	23.5	58.8
36. O trabalho de parto foi calmo, normal e breve.	11.8	17.6	29.4	11.8	29.4
37. A minha esposa e o nosso bebé ficaram em segurança e de boa saúde.			11.8	5.9	82.4



## Experiências Dos Parceiros das Puérperas



## GRÁVIDAS

### Expectativas das grávidas face ao parto que esperam ter

Grávida espera ter parto eutócico/normal

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	41	118,00	172,00	147,1220	13,68429
Valid N (listwise)	41				

Grávida espera fazer cesariana

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	1	125,00	125,00	125,0000	.
Valid N (listwise)	1				

### Expectativas dos maridos das grávidas face ao parto que esperam ter

Marido da Grávida que espera ter parto eutócico/normal

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	40	120,00	171,00	147,9000	12,29092
Valid N (listwise)	40				

Marido da Grávida espera fazer cesariana

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	1	130,00	130,00	130,0000	.
Valid N (listwise)	1				

## PUÉRPERAS

### Experiências das puérperas conforme o parto que tiveram

CEQ de Experiências em puérperas que tiveram parto Eutócico/normal

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	7	138,00	162,00	151,7143	8,78852
Valid N (listwise)	7				

CEQ de Experiências em puérperas que tiveram Parto instrumental com fórceps/ventosa

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	6	122,00	154,00	139,0000	11,50652

Valid N (listwise)	6				
--------------------	---	--	--	--	--

CEQ de Experiências em puérperas que tiveram parto por cesariana

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQmae	4	137,00	169,00	155,0000	14,14214
Valid N (listwise)	4				

### Experiências dos maridos das puérperas conforme o parto que tiveram

Experiências dos maridos das puérperas que tiveram parto Eutócico/Normal

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	7	134,00	162,00	151,0000	9,09212
Valid N (listwise)	7				

Experiências dos maridos das puérperas que tiveram parto instrumental por Fórceps/Ventosa

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	6	115,00	157,00	139,0000	15,29706
Valid N (listwise)	6				

Experiências dos maridos das puérperas que tiveram parto por cesariana

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CEQpai	4	142,00	165,00	155,0000	9,96661
Valid N (listwise)	4				



## APÊNDICE N – Folha de Informações de Passagem de Turno



### Informações de Passagem de Turno

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

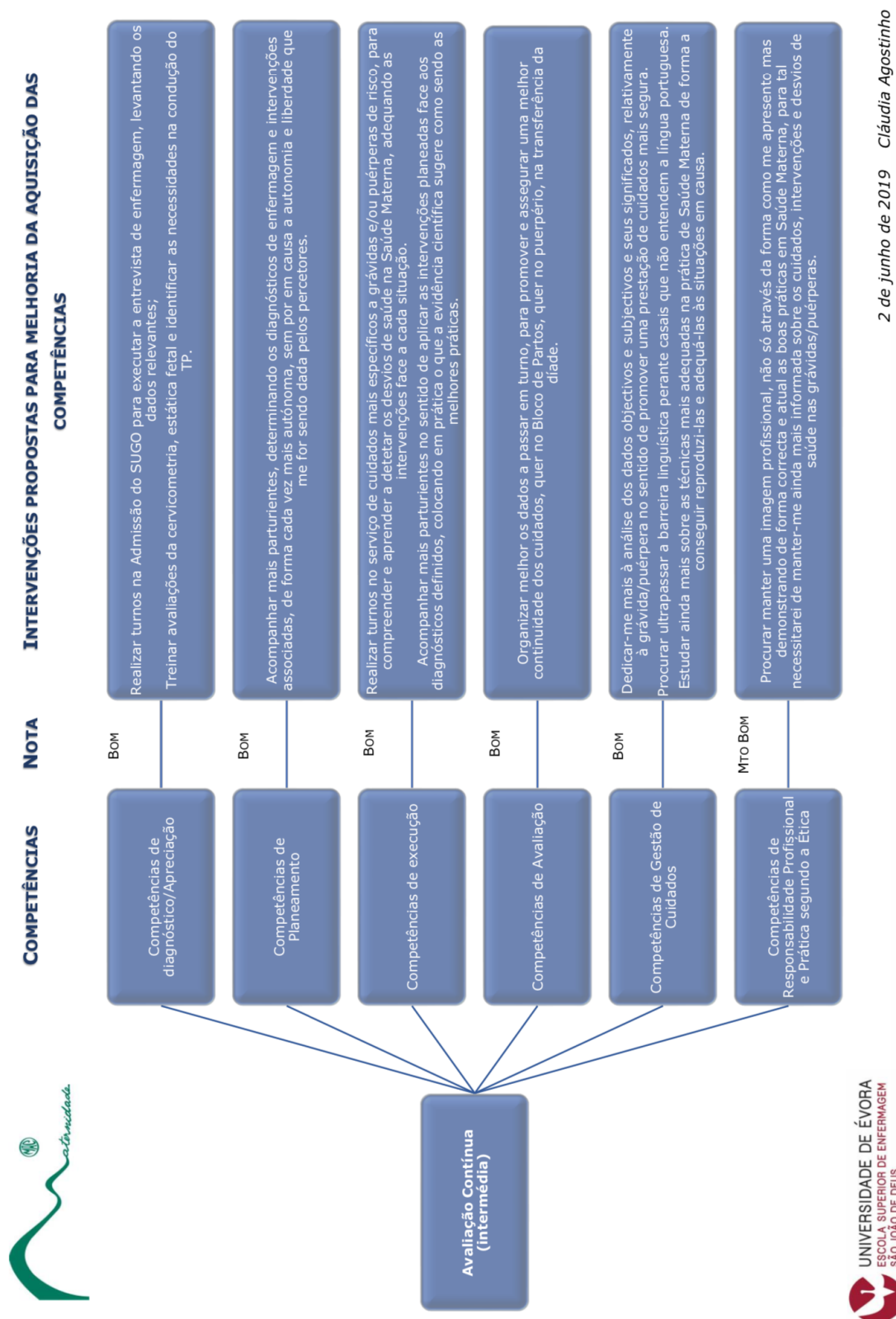
Turno: \_\_\_\_\_

C	Nome e idade	IO / IG / Ser. /	Diagnóstico / Atitudes	AP e Alergias	Intervenções	Informações importantes
C1						
C2						
C3						
C4						
C5						
C6						
C7						
C8						
C9						
C10						
C11						
C12						
C13						

C14						
C15						
C16						
C17						
C18						
C19						
C20						
C21						
C22						
C23						
C24						
C25						
C26						

CAMA	ÁTITUDES DE ENFERMAGEM

## APÊNDICE O – Análise de Autoavaliação na Avaliação Intermédia na MAC



2 de junho de 2019 Cláudia Agostinho



## APÊNDICE P - Proposta do novo Instrumento de recolha de dados na Grávida e Puérpera



Questionário nº \_\_\_\_\_

**1. Caracterização Sociodemográfica.**

1.1. Sua data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2. Estado Civil**

- ☐ 1. Solteira  
☐ 2. Casada  
☐ 3. União de Facto  
☐ 4. Divorciada  
☐ 5. Viúva

**3. Habilitações literárias**

- ☐ 1. Não completou o 9º Ano  
☐ 2. Completou o 9º Ano  
☐ 3. Completou o 12º Ano  
☐ 4. Curso técnico  
☐ 5. Licenciatura  
☐ 6. Mestrado  
☐ 7. Doutoramento

**4. Situação laboral**

- ☐ 1. Empregada  
☐ 2. Desempregada

Se está a trabalhar, qual a profissão? \_\_\_\_\_

**5. Caracterização da Gravidez.**

2.1 Este bebé é o seu 1º filho?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
2.2 Realizou aulas de Preparação para o Parto?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
2.3 No parto a presença do pai é importante?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/>
2.4 Como espera que seja o seu parto?	Natural/Espontâneo <input type="checkbox"/> Com ferros, ventosa <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/>

**6. Plano de Parto.** O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida. O Plano de Parto é uma informação para a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.

6.1 Antes de ler a frase anterior sabia o que era o Plano de Parto?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
---	---

Se responder "Não", passe à pergunta 7 nesta página

6.2 Como soube do Plano de Parto?	6.3 Redigiu um Plano de Parto nesta gravidez?
<input type="checkbox"/> 1. Classe de Preparação para o Parto <input type="checkbox"/> 2. Consultas de Obstetrícia <input type="checkbox"/> 3. Realização de CTG <input type="checkbox"/> 4. Familiares ou Amigos/as <input type="checkbox"/> 5. Internet <input type="checkbox"/> 6. Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> 7. Outros. Quais?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ainda não, mas vou fazer <input type="checkbox"/>
	6.4 Entregou o Plano de Parto na maternidade?
	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ainda não, mas vou entregar <input type="checkbox"/>
	6.5 Quando entregou o Plano de Parto sentiu alguma reserva nas pessoas que o receberam?
	1. Senti reserva <input type="checkbox"/> 2. Não senti reserva <input type="checkbox"/>

7. Em que semana de gravidez se encontra? \_\_\_\_ semanas 8. Qual a data prevista pº o parto? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

9.1 Que medidas pensa que vai solicitar à equipa para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	9.2 Qual considera a medida ideal para alívio da dor tendo em conta a saúde da mãe e do feto?
<input type="checkbox"/> 1. Epidural <input type="checkbox"/> 2. Levantar-se e andar <input type="checkbox"/> 3. Ficar deitada na cama <input type="checkbox"/> 4. Duche de água morna nas costas <input type="checkbox"/> 5. Injeção de medicamentos analgésicos <input type="checkbox"/> 6. Inalação de analgésicos <input type="checkbox"/> 7. Massagem nas costas pela enfermeira <input type="checkbox"/> 8. Sentar-se na bola de Pilates <input type="checkbox"/> 9. Agachamentos <input type="checkbox"/> 10. Nenhuma <input type="checkbox"/> 11. Outras. Quais? _____	9.3 Vai visitar a maternidade onde o seu filho vai nascer? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
	9.4 Tem utilidade visitar a maternidade antes do parto? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>

Questionário Grávica



## 1. Caracterização Sociodemográfica.

1.1. Sua data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 2. Estado Civil

- ☐ 1. Solteira  
☐ 2. Casada  
☐ 3. União de Facto  
☐ 4. Divorciada  
☐ 5. Viúva

### 3. Habilitações literárias

- ☐ 1. Não completou o 9º Ano  
☐ 2. Completou o 9º Ano  
☐ 3. Completou o 12º Ano  
☐ 4. Curso técnico  
☐ 5. Licenciatura  
☐ 6. Mestrado  
☐ 7. Doutoramento

### 4. Situação laboral

- ☐ 1. Empregada  
☐ 2. Desempregada

Se está a trabalhar, qual a profissão?

## 5. Caracterização da Gravidez.

5.1 Este bebé é o seu 1º filho?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
5.2 Participou em aulas de Preparação para o Parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>		2. Não <input type="checkbox"/>
5.3 A presença do pai foi importante durante o parto?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	3. Não sei <input type="checkbox"/>
5.4 Como foi o seu parto?	Natural/Espontâneo <input type="checkbox"/>	Com ferros, ventosa <input type="checkbox"/>	Cesariana <input type="checkbox"/>

**6. Plano de Parto.** O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida. O Plano de Parto é uma informação para a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.

6.1 Antes de ler a frase anterior sabia o que era o Plano de Parto? 1. Sim ☐ 2. Não ☐

Se respondeu "Não", passe à página seguinte, p.f.

6.2 Como soube do Plano de Parto?	6.3 Redigiu um Plano de Parto nesta gravidez? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. Classe de Preparação para o Parto <input type="checkbox"/> 2. Consultas de Obstetrícia <input type="checkbox"/> 3. Realização de CTG <input type="checkbox"/> 4. Familiares ou Amigos/as <input type="checkbox"/> 5. Internet <input type="checkbox"/> 6. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 7. Outros. Quais?	6.4 Entregou o Plano de Parto na maternidade? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
	6.5 Se entregou o Plano de Parto sentiu alguma reserva nas pessoas que o receberam? 1. Senti reserva <input type="checkbox"/> 2. Não senti reserva <input type="checkbox"/>

7. Tinha quantas semanas de gravidez quando se deu o parto? \_\_\_\_\_ semanas

8. Qual o motivo principal que a fez ir para a maternidade?

- ☐ 1. Dia combinado para ir  
☐ 2. Rebentaram as águas  
☐ 3. Teve perdas de sangue abundantes  
☐ 4. Dores começaram fortes  
☐ 5. Teve receio que algo não estivesse bem  
☐ 6. Outras. Quais? \_\_\_\_\_

9.1 Que medidas solicitou à equipa para aliviar a dor durante o trabalho Parto?

- ☐ 1. Epidural  
☐ 2. Levantar-se e andar  
☐ 3. Ficar deitada na cama  
☐ 4. Duche de água morna nas costas  
☐ 5. Injeção de medicamentos analgésicos  
☐ 6. Inalação de analgésicos  
☐ 7. Massagem nas costas pela enfermeira  
☐ 8. Sentar-se na bola de Pilates  
☐ 9. Agachamentos  
☐ 10. Nenhuma  
☐ 11. Outras. Quais? \_\_\_\_\_

9.2 Das medidas de alívio da dor qual considerou a melhor tendo em conta a saúde da mãe e do feto? \_\_\_\_\_

9.3 Durante a gravidez visitou a maternidade onde o seu filho nasceu?

1. Sim ☐ 2. Não ☐

9.4 Se visitou a maternidade, foi útil para a experiência de parto?

1. Sim ☐ 2. Não ☐

Questionário Puérpera